



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

TODOS OS SENTIDOS NO CORAÇÃO

Estudo de Caso de Intervenção Precoce em Criança com Paralisia Cerebral

Rute Patrícia Ventura Batista

Orientador de Dissertação:

Prof. Doutor Emílio Salgueiro

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Prof. Doutor Emílio Salgueiro

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM Psicologia

Especialidade em Clínica

2010

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor Emílio Salgueiro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Resumo

Este trabalho teve como objectivo a análise de um caso particular de intervenção precoce numa criança com paralisia cerebral, recorrendo à metodologia de estudo de caso intrínseco (Stake, 1994). Foi relevante perceber que estas crianças apresentam necessidades educativas especiais de carácter prolongado, com acentuadas limitações no funcionamento cognitivo e emocional. Estão também, associadas limitações em outros domínios, nomeadamente no domínio motor e/ou sensorial (visual e auditivo) com reflexos no desenvolvimento e aprendizagem, requerendo apoio permanente. A intervenção precoce tem como finalidade promover uma estimulação adequada às necessidades das crianças através do traçado de objectivos, métodos, estratégias, actividades e análise de tarefas. Deste modo, procurou-se demonstrar a importância de um programa de intervenção precoce no desenvolvimento de uma criança com paralisia cerebral e no âmbito familiar.

Palavra-chave: intervenção precoce; paralisia cerebral; estudo de caso; necessidades educativas especiais.

Abstract

This work aimed to analyze a particular case of early intervention in a child with cerebral palsy, using the intrinsic case study methodology (Stake, 1994). It was important to realize that these children have long lasting special educational needs and severe limitations in cognitive and emotional functioning. They are also associated with limitations in other areas, particularly on motor and/or sensory (visual and auditory) with effects on learning and development, requiring continued support. Early intervention aims to promote adequate stimulation to the needs of children through the outlining of objectives, methods, strategies, activities and task analysis. Thus, we sought to demonstrate the importance of an early intervention program in the development of a child with cerebral palsy and in the family.

Keyword: early intervention; cerebral palsy case study; special educational needs.

AGRADECIMENTOS

Sinto que na civilização em que vivemos falta tempo e espaço para nos ouvirmos e para darmos sentido ao que o outro sente. Dar sentido às crianças, foi uma das minhas maiores prioridades. Mas sei que também não o teria conseguido se não tivesse um orientador a permitir-me encontrar este mesmo sentido.

Por isso mesmo, quero agradecer ao Professor Emílio Salgueiro, por todo o apoio, partilha de conhecimento e motivação, quando me sentia a enrolar-me nos pensamentos e achava não conseguir! Obrigada também, pela calma que sempre me transmitiu! Por toda a orientação, mesmo nos momentos que me sentiu mais distante. Um maior agradecimento pela paciência que sempre teve comigo. Tive todo o prazer de ser aprendiz de alguém que olha para as crianças, com olhos também de criança!

Um Muito Obrigada Pais, por todo o esforço que sempre fizeram para eu tirar este curso! E pelos desabafos que tantas vezes ouviram, mesmo não percebendo ao que me estava a referir! Sem vocês não conseguia! Sem vocês não me sentia a crescer, mesmo sendo, para sempre, a vossa Lulinha!

Obrigada Telma, por seres a minha irmã! Por todas as longas conversas que tivemos quando me vias angustiada e por todo o teu apoio e conhecimento enquanto psicóloga. És o meu ponto de referência, enquanto motivação e desempenho. “As estrelas são a luz dos sonhos”...obrigada minha irmã estrela!

Agradeço a todos os meus amigos que sempre me ouviram quando me sentia menos bem. A vocês, Lara e Cláudia, por estarmos no mesmo barco, pelo apoio mútuo e carinho. A ti Belinda, por ralhares tanta vezes comigo para eu terminar a tese. A vocês, Solange e Cardana, que através dos vossos conhecimentos que ajudaram e me fizeram rir mesmo quando eu já pensava não ter energia para isso. Finalmente, obrigada Simão, pela tua sempre disposição em queres ajudar-me mesmo não percebendo da área e pelo apoio incondicional!

SIMPLESMENTE...OBRIGADA A TODOS...por tudo e para tudo!

ÍNDICE

RESUMO	III
AGRADECIMENTOS	IV
ÍNDICE	V
INTRODUÇÃO	1
ESTUDO DE CASO	3
INTERVENÇÃO PRECOCE NA PARALISIA CEREBRAL	11
Paralisia Cerebral	11
Intervenção Precoce	18
Avaliação e planificação da intervenção na criança com paralisia cerebral	20
APRESENTAÇÃO DO CASO	22
DISCUSSÃO DO CASO	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	50
Anexo 1 – Escala de Desenvolvimento Portage	50
Anexo 2 – Escala de Desenvolvimento Portage – actividades de estimulação	66
Anexo 3 – Grelha de horas com funções	71

INDRODUÇÃO

Este trabalho descreve um estudo de caso intrínseco, onde se procurou promover a individualidade da criança, para uma melhor compreensão do caso da Intervenção Precoce na Paralisia Cerebral, sem procurar aceder a generalizações.

Segundo Miller (2005), a paralisia cerebral é o nome geralmente usado para um grupo de condições caracterizadas por disfunção motora, em consideração de uma lesão cerebral não progressiva, ocorrida no início da vida.

Uma intervenção precoce, é indicada como forma de aumentar a interacção do organismo com o ambiente, obtendo respostas motoras próximas ao padrão de normalidade e prevenindo a aprendizagem de padrões anormais de movimento e postura.

Para Andrada (1986), a paralisia cerebral é um distúrbio sensorial/motor que afecta o controlo da postura e do desenvolvimento. Pode-se afirmar que ela apresenta um conjunto de complexidades.

Quanto mais rapidamente for feita a intervenção, maiores serão as probabilidades de capacidade da criança com Paralisia Cerebral (PC), devido a este ser o período de maior plasticidade cerebral. Se a criança com PC, não receber precocemente um tratamento adequado, as suas fases motoras, intelectuais e psíquicas serão estimuladas depois do momento ideal para ocorrer essas mudanças, e inevitavelmente se desenvolverá abaixo das suas possibilidades.

Um dos papéis do terapeuta é orientar a família em como modificar as suas actividades de rotina, para que cada tarefa diária, como o banho, a alimentação, ou a troca de roupa, seja usada para reforçar os padrões motores desenvolvidos com a criança durante as sessões de terapia (Finnie, 2000). É imprescindível que os pais estejam cientes das dificuldades do seu filho – o que consegue fazer, o que não consegue e porquê.

Para o presente trabalho, a recolha da amostra foi realizada no Lar Maria Droste, onde a criança foi seguida durante três meses com a regularidade de duas vezes por semana, com sessões de meia hora cada. Os instrumentos utilizados para a compreensão e análise do presente caso, foram a observação directa, a análise do material clínico das sessões e a Escala Portage (Sherer, 1969), que permite a avaliação nas áreas de linguagem, cognição, cuidados próprios, socialização e motora, fornecendo a idade de desenvolvimento em cada uma destas áreas e uma idade de desenvolvimento geral.

A intervenção terapêutica com crianças com PC requer um tipo de intervenção específico, tornando-se inevitável o problema da comunicação. Assim, é importante

trabalhar através de uma planificação da intervenção. Onde estarão presentes os processos envolvidos e a influência no desenvolvimento do dia-a-dia da criança com o seu meio ambiente.

Iremos apresentar o caso de intervenção precoce na paralisia cerebral, discutindo-o com base na argumentação teórica.

É importante referir, a propósito do caso clínico em estudo, que se é árdua a tarefa de penetrar no mundo de uma criança com paralisia cerebral, mais árdua é ainda a tarefa quando a criança provém de uma cultura totalmente distinta da nossa e por isso, com formas de relacionamento mãe-filho tão diferentes ao que é nosso normal.

ESTUDO DE CASO

No presente trabalho, optou-se pelo estudo de caso clínico através da metodologia de caso intrínseco (Stake, 1994), pelas suas particularidades, querendo com isto dizer, pela promoção da individualidade do sujeito em detrimento das generalizações.

O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação que se adequa quando tentamos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos, nos quais, estão conjuntamente envolvidos variados factores.

Segundo, Yin (1994) o investigador é confrontado com situações complexas, de tal forma que dificulta a identificação das variáveis consideradas importantes, tais como: respostas para o “como?” e o “porquê?”; encontrar interações entre factores relevantes próprios dessa entidade; quando o objectivo é descrever ou analisar o fenómeno, a que se acede directamente, de uma forma profunda e global; e quando o investigador pretende apreender a dinâmica do fenómeno, do programa ou do processo.

Assim, Yin (1994:13) define “estudo de caso” com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos.

Quase tudo pode ser um caso: um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação. Da mesma forma, Ponte (1994), considera que é uma investigação que se assume como particularista, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.

Especificidades de um estudo de caso

Para, Benbasat et al (1987) um estudo de caso deve seguir as seguintes características:

- Acontecimento observado no seu ambiente natural;
- Informação recolhida usando diversos meios (Observações directas e indirectas, entrevistas, questionários, registos de áudio e vídeo, diários, cartas, entre outros);
- Uma ou mais entidades (pessoa, grupo, organização) são analisadas;
- A complexidade da unidade é estudada aprofundadamente;
- Pesquisa dirigida aos estágios de exploração, classificação e desenvolvimento de hipóteses do processo de construção do conhecimento;
- Não são utilizados formas experimentais de controlo ou manipulação;
- O investigador não precisa especificar antecipadamente o conjunto de variáveis dependentes e independentes;
- Os resultados dependem fortemente do poder de integração do investigador;
- Podem ser feitas mudanças na selecção do caso ou dos métodos de recolha de dados à medida que o investigador desenvolve novas hipóteses;
- Pesquisa envolvida com questões "como?" e "porquê?" ao contrário de “o quê?” e “quantos?”

No entanto, há algumas noções fundamentais que devemos ter em atenção num estudo de caso, que são:

- É um sistema limitado, e tem fronteiras em termos de tempo, eventos ou processos e que nem sempre são claras e precisas (Creswell, 1994);
- É um caso sobre “algo”, que necessita ser identificado para conferir foco e direcção à investigação;
- É preciso preservar o carácter único, específico, diferente, complexo do caso (Mertens, 1998);
- A investigação decorre em ambiente natural;

- O investigador recorre a fontes múltiplas de dados e a métodos de recolha diversificados: observações directas e indirectas, entrevistas, questionários, narrativas, registos de áudio e vídeo, diários, cartas, documentos, entre outros.

Finalidade de um Estudo de Caso

O propósito é perceber o acontecimento em estudo e ao mesmo tempo ampliar teorias mais gerais a respeito do fenómeno observado (Fidel, 1992). Segundo Yin (1994), o objectivo do estudo de caso é explorar, descrever ou explicar. Enquanto que para Guba & Lincoln (1994), a finalidade é descrever os factos como se passaram, descrever situações ou factos, proporcionar conhecimento acerca do fenómeno estudado e comprovar ou contrastar efeitos e relações presentes no caso. Por seu lado, Ponte (1994) afirma que o objectivo é descrever e analisar. A estes dois Merriam (1998) acrescenta um terceiro objectivo, avaliar.

De modo a metodizar estas várias finalidades, Gomez, Flores & Jimenez (1996:99), mencionam que o objectivo frequente de um estudo de caso é: “explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar”.

Tipos de Estudo de Caso

Conseguimos ter acesso a uma grande multiplicidade de casos e de objectivos, desse modo há também a existência de uma grande variedade de tipos de estudo de caso:

- Lessard-Hébert et al (1994), Yin (1994), Bogdan & Bilken (1994), Punch (1998), distinguem o estudo de caso em: estudo de caso único e estudo de caso múltiplo.
- Stake (1994), por sua vez discrimina três tipos de estudo de caso: o estudo de caso intrínseco, instrumental e colectivo.
- Yin (1994) propõe quatro modalidades: plano de caso único global ou inclusivo, e plano de caso múltiplo global ou inclusivo.

O tipo de estudo de caso a ser realizado no presente trabalho, é o Intrínseco. Segundo Stake (1994), este tipo de estudo de caso, é utilizado porque necessita-se de uma melhor

compreensão deste caso particular. Não se utiliza por representar outros casos ou ilustrar uma característica ou problema particulares, mas por, em toda a sua particularidade e exactidão, este caso em si mesmo ser de interesse. O objectivo não é ter uma compreensão sobre alguma construção abstracta ou fenómeno genérico. O objectivo não é a elaboração de teorias, apesar de o investigador poder fazer exactamente isso em outras circunstâncias. Este estudo é efectuado devido ao interesse intrínseco, como por exemplo, o deste estudo presente (o de uma criança com paralisia cerebral em intervenção precoce).

Formação da amostra ou selecção do caso

Num estudo de caso a escolha da amostra adquire um sentido muito particular (Bravo, 1998). De facto a selecção da amostra é fundamental, pois constitui o centro da investigação. Apesar da selecção da amostra ser extremamente importante, Stake (1995) adverte que a investigação, num estudo de caso, não é baseada em amostragem.

Ao seleccionar o caso, o investigador determina um fio condutor lógico e racional que guiará todo o processo de recolha de dados (Creswell, 1994).

Não se estuda um caso para compreender outros casos, mas para compreender o “caso”.

Conforme Bravo (1998) refere, a elaboração da amostra é sempre propositada baseando-se em critérios pragmáticos e teóricos, em detrimento dos critérios probabilísticos, procurando as variações máximas e não a uniformidade. Esta autora reconhece seis tipos de amostras (intencionais ou teóricas) passíveis de serem utilizadas num estudo de caso:

- 1- Amostras extremas (casos únicos);
- 2- Amostras de casos típicos ou especiais;
- 3- Amostras de variação máxima, adaptadas a diferentes condições;
- 4- Amostras de casos críticos;
- 5- Amostras de casos sensíveis ou politicamente importantes;
- 6- Amostras de conveniência.

As amostras demonstram particularidades distintas das amostras probabilísticas presentes nas pesquisas de carácter quantitativo (Guba & Lincoln, 1994; Yin, 1994; Bravo, 1998); os métodos de amostra são dinâmicos e sequenciais; a amostra é adaptada

automaticamente sempre que apareçam novas hipóteses de trabalho; e o processo de amostragem só está concluído quando se esgota a informação a extrair através do confronto das várias fontes de evidência.

Recolha de dados num estudo de caso

No procedimento da recolha de dados, o estudo de caso dirige-se a várias técnicas próprias da pesquisa qualitativa, designadamente o diário de bordo, o relatório, a entrevista e a observação. A aplicação destes diferentes instrumentos constitui uma forma de aquisição de dados de diferentes tipos, os quais facilitam a possibilidade de cruzamento de informação. (Brunheira, n/d)

Apesar da metodologia de recolha de dados mais usuais num estudo de caso sejam a observação e as entrevistas, nenhum método pode ser rejeitado. O estudo de caso aplica vários métodos (entrevistas, observação participante e estudos de campo) (Hamel, 1993). Os métodos de recolha de informações são seleccionados de acordo com a função a ser realizada (Bell, 1989).

Deste modo, são utilizadas variadas fontes de evidência ou dados, para possibilitar por um lado, certificar as diferentes perspectivas dos participantes no estudo e por outro, adquirir várias “medidas” do mesmo fenómeno, criando condições para uma triangulação dos dados, durante a fase de análise dos mesmos.

Segundo Yin (1994), a utilização de variadas fontes de dados na construção de um estudo de caso, permite-nos considerar um conjunto mais diferenciado de tópicos de análise e em simultâneo permite comprovar o mesmo fenómeno.

Seguidamente apresentaremos algumas das variadas fontes de dados: diário de bordo, actividades de observação e respectivas notas de campo, documentos, entrevistas e relatórios.

O diário de bordo constitui um dos principais instrumentos do estudo de caso. Segundo Bogdan & Biklen (1994) este é utilizado relativamente às notas de campo. O diário de bordo tem como objectivo ser um instrumento em que o investigador vai registando as notas retiradas das suas observações no campo. Bogdan & Biklen (1994:150) referem que essas notas são “ o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiência e pensa no decurso da recolha e reflectindo sobre os dados de um estudo qualitativo”. No caso de o investigador ser um observador-participante, alguns autores (Yin, 1994; Merriam, 1998),

alertam para esse risco mas também para as excelentes oportunidades que esse papel pode proporcionar. O diário de bordo representa, não só, uma fonte importante de dados, mas também pode apoiar o investigador a acompanhar o desenvolvimento do estudo. Bogdan & Bilken (1994) referem que “acompanhar o desenvolvimento do projecto, a visualizar como é que o plano de investigação foi afectado pelos dados recolhidos, e a tornar-se consciente de como ele ou ela foram influenciados pelos dados”.

A entrevista adquire bastante importância no estudo de caso, pois através dela o investigador percebe a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências já que ela é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo (Bogdan & Bilken, 1994).

Os diferentes tipos de entrevistas existentes têm sido classificados de formas diversas. Para Patton (1987), elas dividem-se entre quantitativas e qualitativas, sendo que a última comporta ainda três classificações (conversacional informal, guiada, aberta standard). Assim, as entrevistas implicam de uma forma geral a definição prévia de questões a colocar.

Ao longo da investigação podem ser elaborados relatórios do tipo descritivo ou reflexivo, como ferramenta de recolha de dados. Os relatórios podem também surgir numa fase final, de forma a redigir conclusões sobre os dados recolhidos.

A pesquisa documental deve constar do plano de recolha de dados: cartas, memorandos, comunicados, agendas, planos, propostas, cronogramas, jornais internos etc. O material recolhido e analisado é utilizado para validar evidências de outras fontes e/ou acrescentar informações. É preciso ter em mente que nem sempre os documentos retratam a realidade. Por isso, é importantíssimo tentar extrair das situações as razões pelas quais os documentos foram criados.

Validade externa

Tendo em conta que um Estudo de Caso se baseia num caso específico, circunscrito e limitado, poderá este ser generalizado? E que utilidade têm os resultados?

Existem autores que consideram que esta questão não se coloca (Punch, 1998). Em determinados estudos de caso, a generalização não faz qualquer tipo de sentido, devido á especificidade do “caso” ou pelo carácter irrepetível do mesmo.

Gomez, Flores & Jimenez (1996), consideram que num estudo de caso temos que ponderar o seu carácter crítico, pois permite confirmar, modificar, ou ampliar o conhecimento sobre o objecto que estuda.

Se por um lado existem “casos” em que a generalização não faz sentido, por outro existem estudos de caso em que os resultados podem, de alguma forma, serem generalizados, aplicando-se a outras situações (Yin, 1994).

Punch (1998) considera a existência de duas formas de generalizar os resultados de um estudo de caso: conceptualizar, significa, no pensamento do autor, que na condução do caso o investigador esteja mais preocupado em interpretar do que em descrever, ou seja, em chegar a novos conceitos que expliquem algum aspecto particular do caso que analisa; desenvolver proposições ou hipóteses significa que o investigador, baseado no seu caso, consegue avançar uma ou mais proposições/hipóteses novas que liguem/relacionem conceitos ou factores dentro do caso.

Estabelecer o domínio sobre o qual as descobertas podem ser generalizadas é possível testando a coerência entre os resultados do estudo e os resultados de outras investigações semelhantes.

Validade Interna

Existirá validade interna se as conclusões apresentadas correspondem autenticamente a alguma realidade reconhecida pelos próprios participantes, não sendo unicamente uma construção da mais ou menos fértil imaginação do investigador.

O estudo de caso é também conhecido como uma estratégia de investigação de triangulação. Stake (1995) afirma que os protocolos que são utilizados para garantir a sua precisão e explicações alternativas são chamados triangulação. A necessidade de triangulação surge da necessidade ética para confirmar a validade dos processos. Em estudos de caso, isto pode ser feito utilizando várias fontes de dados (Yin, 1984).

Para aumentar a credibilidade das interpretações realizadas pelo investigador, este deverá recorrer a um ou a vários “protocolos de triangulação”.

Denzin (1984), identificou quatro tipos de triangulação:

- Triangulação das fontes de dados - em que se confrontam os dados provenientes de diferentes fontes;
- Triangulação do investigador - em que entrevistadores/observadores diferentes procuram detectar desvios derivados da influência do factor “investigador”;
- Triangulação da teoria - em que se abordam os dados partindo de perspectivas teóricas e hipóteses diferentes;
- Triangulação metodológica - em que para aumentar a confiança nas suas interpretações o investigador faz novas observações directas com base em registos antigos, ou ainda procedendo a múltiplas combinações “inter-metodológicas” (aplicação de um questionário e de uma entrevista semi-estruturada, etc.).

Fiabilidade

Qualquer que seja o tipo de estudo científico, seja ele um estudo quantitativo ou um estudo qualitativo, o conceito fiabilidade, neste contexto, relaciona-se com a possibilidade de reaplicar as conclusões a que se chega (Vieira, 1999), ou seja, com a possibilidade de diversos investigadores, poderem chegar a resultados semelhantes sobre o mesmo fenómeno estudado utilizando, para isso, os mesmos instrumentos (Schofield, 1993; Yin, 1994; Mertens, 1998). Na realidade trata-se de aferir se os dados recolhidos na investigação são estáveis no tempo e se têm consistência interna, especialmente se provierem de diversas fontes (Stake, 1995; Punch, 1998).

Num estudo de cariz quantitativo o requisito da fiabilidade é facilmente alcançável, num estudo de caso, a garantia de fiabilidade torna-se mais difícil de alcançar, porque o investigador é o principal, e muitas vezes único “instrumento” do estudo (Vieira, 1999) e, acrescentando que o “caso” em si não pode ser replicado ou reconstruído (Yin, 1994). No entanto, a questão da fiabilidade não pode deixar de ser colocada se queremos que ao nosso estudo de caso seja reconhecida pertinência e valor (Yin, 1994).

INTERVENÇÃO PRECOCE NA PARALISIA CEREBRAL

Paralisia Cerebral

Foi o cirurgião inglês William John Little, que em 1843, descreveu a Paralisia Cerebral (PC), sendo conhecida durante anos como doença de Little. Este autor associava partos difíceis com determinados sintomas apresentados pelas crianças com PC. Mas foi Sigmund Freud, que em 1893, utilizou o termo Paralisia Cerebral Infantil para denominar um problema que comprometia gravemente o movimento, causando a imobilidade (Lima & Fonseca, 2004). Com o decorrer dos anos foi-se percebendo que a esse problema não tinha que estar associado um comprometimento motor grave, dependendo a afecção da criança com PC da extensão e localização da lesão cerebral (Martin, 2006). Numerosos países adoptaram a nomenclatura de Paralisia Cerebral, que é aquela que se continua a utilizar actualmente.

A PC é assim descrita como um grupo de perturbações do desenvolvimento, do movimento e da postura, que causa limitações da actividade e é atribuída na lesão não progressiva, que ocorre durante o desenvolvimento fetal ou no cérebro imaturo da crianças. Os distúrbios motores da PC são acompanhados dos distúrbios sensoriais, cognitivos, comunicativos, perceptivos e/ou comportamentais (Bax et al., 2005).

Com base em análises recentes da Equipa de Vigilância da Paralisia Cerebral a nível Europeu, devem ser implicadas neste conjunto as crianças que adquirem esta situação até aos 5 anos de idade (SCPE, 2000).

A particularidade indispensável desta situação está patente no facto da lesão afectar um cérebro imaturo ou em desenvolvimento e interferir na maturação do sistema nervoso central, traduzindo-se num conjunto de consequências específicas, permanentes, mas que podem ter uma expressão clínica que varia no tempo (Bobath, 1984). A lesão sendo ao nível cerebral, não causa alterações estruturais e bioquímicas à medula espinhal e aos músculos.

Este tipo de lesão cerebral compromete o controlo apropriado do movimento, originando uma desorganização nos mecanismos neurológicos que controlam a postura, o equilíbrio e o movimento tornam-se descoordenados, rígidos ou fracos (Levitt, 2001; Martin, 2006).

Todas as crianças com PC têm uma lesão na área do cérebro que controla o tônus muscular (quantidade de tensão ou resistência ao movimento em um músculo). Consequentemente, podem ter um tônus muscular aumentado, reduzido ou a combinação dos dois (tônus flutuante ou variável). Saber quais são as partes dos seus corpos afectadas pelo tônus muscular anormal, depende de onde ocorre a lesão cerebral (Gersh, 2007).

Segundo Finnie (2000), uma criança com tônus aumentado (hipertonia/espasticidade) terá poucos movimentos e estereotipados, que consistem principalmente de padrões de flexão e extensão; uma criança com tônus flutuante, terá movimentos involuntários e espasmos intermitentes (atetose), mas que embora se possa movimentar, o faz de maneira desorganizada, sem um controlo postural e sem estabilidade; uma criança com tônus muscular reduzido (hipotonia/ ataxia) apresentará uma grande falta de coordenação de movimentos voluntários e dificuldade em controlar a duração e a intensidade dos movimentos. É também comum haver incapacidades associadas à visão, audição, fala e a problemas de aprendizagem e comportamento, com amplo espectro de inteligência, que varia do normal ao subnormal. Em muitas crianças, a idade de desenvolvimento não corresponde à idade cronológica, sendo, geralmente mais baixa em todos os aspectos ou acompanhada de “dispersão” dos progressos.

Emergem assim diferentes impedimentos ao desenvolvimento motor causados pela lesão cerebral. Entre eles evidenciam-se as perturbações no tônus muscular, os padrões motores anormais, a persistência das reacções primitivas, o comprometimento do controlo motor, do equilíbrio e da coordenação, a fraqueza muscular e as alterações nas informações sensoriais (Martin, 2006).

Às lesões motoras, sensoriais, cognitivas, comunicativas, perceptivas e/ou comportamentais, podem associar-se perturbações na visão, audição, entre outras (Martin, 2006; Miller, 2005).

Perante o que os autores em cima referem, pode dizer-se que a PC não é uma doença, mas sim a consequência de uma lesão cerebral, que se caracteriza em primeira instância por um distúrbio persistente, mas não invariável da postura e do movimento. As lesões que atingem o cérebro num período de desenvolvimento apresentam um carácter não evolutivo e repercutem-se directamente na maturação neurológica.

Etiologia

As causas da PC são tão complexas e múltiplas como os tipos clínicos, excluindo-se uma base genética e, portanto, a possibilidade de transmissão de pais para filhos. Trata-se quase sempre de factores exógenos (exteriores) ao cérebro da criança, embora em muitos casos a sua etiologia seja desconhecida. A PC é um acontecimento clínico de etiologia complexa e por vezes múltipla. Os factores que causam a lesão cerebral são vários e localizam-se habitualmente no tempo, conforme a lesão tenha ocorrido durante a gestação (pré-natais), durante o parto (perinatais) ou após o nascimento (pós-natais). Relativamente às causas pré-natais, passam por infecções congénitas (rubéola, varicela, citomegalovirose, toxoplasmose, sífilis, herpes vírus 2, vírus da imunodeficiência adquirida, entre outras infecções), doenças genéticas, agentes teratogénicos (chumbo, mercúrio), drogas maternas ou álcool, vasculares (hipoxia, isquémia, trombose, hemorragia, embolia), perturbações do desenvolvimento cerebral (disgenesias cerebrais), metabólicas (deficiência de iodo), incompetência cervical ou hemorragia do 3º trimestre e gravidez gemelar (Lima & Fonseca, 2004; Miller, 2005).

Nos factores péri-natais, incluem-se as complicações placentárias (abrupta ruptura das membranas, corioamniotite), a prematuridade, as complicações no parto (asfixia, trauma), a infecção do sistema nervoso central (enterobacteriaceas, streptococcus grupo B, listeria) as alterações metabólicas (hipoglicémia, desequilíbrios hidroelectrolíticos), hiperbilirrubinémia e a incompatibilidade Rh (Levitt, 2001; Miller, 2005).

Quanto aos factores pós-natais destacam-se os traumatismos craneoencefálicos, as infecções do sistema nervoso central (meningite, encefalite), os acidentes vasculares cerebrais, os afogamentos, as asfixias e a toxicidade (Miller, 2005).

Epidemiologia

A PC ocorre em 2 a 3 crianças por 1000 no mundo (SCPE, 2000), parecendo ser mais frequente nos países com más condições de cuidados pré-natais e perinatais (Morrissey & Weinstein, 2005).

Segundo estes últimos autores, a diminuição da mortalidade infantil que tem sido verificada ao longo dos anos, não é acompanhada de uma diminuição na morbilidade,

havendo mesmo um aumento da prevalência de crianças com deficiências motoras. Esta prevalência parece estar a aumentar devido ao maior número de recém-nascidos com baixo peso ao nascimento e pelo aumento da sobrevivência dessas crianças (Morrissey & Weinstein, 2005).

A incidência da PC tem sido correlacionada com a idade gestacional e o peso ao nascimento. O risco de lesão cerebral numa criança de termo é aproximadamente de 1 em 2000, enquanto a incidência em crianças nascidas com 24 a 33 semanas de gestação é de 12,3% (Tachdjian's, 2002).

Miller (2005), refere que os padrões de PC têm vindo a alterar-se, aumentando a frequência de diplégias e tetraplegias e diminuindo os casos de hemiplégia e atetoses. Esta mudança provavelmente reflecte o aumento dos cuidados médicos, com aumento da incidência de sobreviventes das unidades de cuidados intensivos neonatais. Os nascimentos múltiplos também têm aumentado, com o aumento da idade da maternidade e, este tipo de nascimentos tem naturalmente maior risco de vir a sofrer uma lesão cerebral.

Relativamente à ocorrência em Portugal, não existem dados recentes, estando actualmente a ser desenvolvido um projecto de vigilância epidemiológica a nível nacional. Os dados recolhidos na área metropolitana de Lisboa vão de encontro àqueles indicados pela Equipa de Vigilância da Paralisia Cerebral a nível Europeu (SCPE, 2000).

Classificação Topográfica

Quanto à classificação topográfica, em crianças com PC, baseia-se no padrão anatómico de envolvimento. Proporcionando uma visão geral da extensão e severidade e dos problemas esperados (de acordo com o número de membros afectados) (Miller, 2005).

As classificações topográficas mais frequentemente utilizadas são as seguintes (Levitt, 2001; Lima & Fonseca, 2004; Martin, 2006; Miller, 2005):

- Tetraplegia ou tetraparésia – Há envolvimento de todos os músculos do corpo. Os músculos do tronco, dos membros superiores e inferiores, não funcionam adequadamente. Habitualmente consideram-se os membros inferiores e existe sempre um lado do corpo mais comprometido. Tipicamente são crianças que irão ser dependentes na maioria das actividades da vida diária;

- **Diplégia ou diparésia** – Os quatros membros estão afectados, mas os inferiores estão mais acometidos do que os superiores, dependendo da severidade da PC, algumas crianças irão ser capazes de caminhar curtas distancias com um andarilho, enquanto outras podem progredir para a marcha independente em ambientes interiores e, mesmo, exteriores;
- **Hemiplégia ou hemiparésia** – Um lado do corpo está afectado e, habitualmente, o membro superior está mais afectado do que o inferior. Frequentemente, estas crianças são capazes de compensar a limitação de um dos lados do corpo, com o seu lado não afectado. A fraqueza, a coordenação pobre e a espasticidade podem atrasar a marcha independente. Dependendo da severidade da afecção, a criança pode ter apenas uma ligeira limitação na mão afectada.

Classificação Fisiológica

Conforme a formação nervosa afectada, o tipo de lesão e o grau de atingimento, diferentes quadros clínicos podem surgir (Andrada, 1986). Esta autora, de acordo com a classificação Sueca, refere a existência de três tipos nosológicos mais comuns: Síndromas espásticos, disquinéticos e atáxicos).

Os síndromas espásticos são os mais frequentes, ocorrendo em cerca de 85,7% dos casos, segundo um estudo Europeu, Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE, 2002). São resultado de uma lesão no sistema piramidal relacionado com as actividades voluntárias e caracteriza-se por uma hipertonia permanente dos músculos e rigidez nos movimentos (Andrada, 1986).

Os síndromas disquinéticos surgem em cerca de 6,5% dos casos (SCPE, 2002). Incluem os casos de atetose, distonia e coreoatetose. São resultantes de uma lesão do sistema extrapiramidal e caracterizam-se pela presença de movimentos involuntários, flutuações de tónus e persistência de reflexos arcaicos. Na atetose e coreoatetose o tónus de base é normalmente baixo, contrariamente ao que acontece nas distonias, em que existe uma hipertonia de base com flutuações acentuadas e posturas anormais graves que interferem e prejudicam a função (Andrada, 1986). Os síndromas disquinéticos são encontrados mais frequentemente associados à espasticidade (casos mistos) do que isolados (Stanley et al., 2000).

Os síndromas atáxicos são os menos frequentes, surgindo em cerca de 4,3% dos casos (SCPE, 2002). Resultam de uma lesão no cerebelo e caracterizam-se por não coordenação motora, tremor intencional, distúrbios no equilíbrio e ataxia diplégica (ataxia e espasticidade nos membros inferiores) (Andrada, 1986).

Andrada (1986), refere para além destes síndromas, algumas situações em que as crianças apresentam hipotonia e em que o diagnóstico não é claro devido à tenra idade da criança ou à existência de disfunção neurológica mínima. Estas situações representam uma percentagem de cerca de 1,2% de casos e posteriormente evoluem para um dos tipos nosológicos, referidos. Relativamente a estas situações, o estudo Europeu SCPE (2002) refere uma percentagem ligeiramente superior, de cerca de 3,7% de casos.

Associadas aos diferentes tipos nosológicos são frequentemente referidas algumas características emocionais. Cruickshank (1976), descreve as crianças disquinéticas como extrovertidas, com grande facilidade para fazer amigos e sem grandes preocupações com a sua deficiência. São universalmente aceites como tendo falta de medo e em termos emocionais são instáveis e imaturas. As crianças espásticas têm medos de todos os tipos que limitam consideravelmente as suas actividades. Assumem muitas vezes posições passivas, permanecendo imaturas e dependentes, especialmente da mãe. São introvertidas, têm medo de estranhos e demoram mais tempo a fazer amigos. As crianças atáxicas não revelam alterações significativas em relação ao normal, podendo no entanto apresentar falta de iniciativa e alguma passividade.

Défices Associados

A PC, é uma disfunção do sistema motor. No entanto é frequentemente acompanhada de outras perturbações ou complicações como: défice cognitivo, epilepsia, défices sensoriais (auditivos, visuais e alterações da sensibilidade), perturbações da linguagem e fala, dificuldades perceptivas e perturbações emocionais e do pensamento (Andrada, 1986).

Em suma, o quadro clínico destas crianças, não constitui um conjunto estático de sinais e sintomas. A lesão, ao afectar um sistema nervoso em desenvolvimento, vai dar origem a um quadro clínico complexo. Este quadro vai tornar difícil o diagnóstico e também a relação existente entre o tipo clínico e a lesão precisa do sistema nervoso central, o que é comum quando se trata de lesões nervosas cerebrais.

Esta grande variedade de causas deve levar-nos a uma tomada de consciência que ponha em marcha uma série de medidas médicas e sociais que atenuem os efeitos da doença, impeçam a sua progressão e assegurem a reabilitação e inserção social.

Intervenção Precoce

No contexto actual da Intervenção Precoce, valoriza-se a influência dos contextos mais alargados no desenvolvimento da criança com necessidades educativas especiais, pelo que cada vez mais é reforçada a atenção a outros aspectos determinantes do desenvolvimento, nomeadamente influências ambientais e intervenções, que vão além das perspectivas tradicionais da Intervenção Precoce, mais restritivas e essencialmente terapêuticas (Amaral et al. 2004).

As diferentes actividades que fazem parte do dia-a-dia na vida das crianças constituem experiências e acontecimentos que servem de contextos para a aprendizagem e desenvolvimento. A vida quotidiana da criança envolve inúmeras experiências e oportunidades de aprendizagem, sejam ou não planeadas, intencionais, ocasionais, e mais ou menos estruturadas. Quanto mais cedo na vida do indivíduo ocorrer a detecção, mais facilmente se evitará a cristalização e agudização dos problemas e o aparecimento de efeitos secundários ao nível do próprio indivíduo, da estrutura familiar e da comunidade (Azevedo et al. 2000).

A Intervenção Precoce é um serviço prestado por um grupo de técnicos de formação diferenciada e que visiona uma intervenção de natureza sócio-educativa e terapêutica junto de crianças na faixa etária dos 0 aos 6 anos de idade. Estas crianças são identificadas pelos serviços de saúde/educação cujo desenvolvimento se encontra afectado ou em risco de o ser, quer por razões internas à própria criança, quer por razões que lhe seriam externas. Como tal esta intervenção deve ter em atenção não só a criança, como os vários contextos de socialização em que estaria inserida, sejam eles a família, a creche, o jardim-de-infância, a ama ou outros (Jarrett, 2007).

A Intervenção Precoce é pois, criar uma rede de suporte social às famílias que têm crianças com problemas de desenvolvimento ou em risco, de forma a capacitá-los para assumir o mesmo papel que outra qualquer família sem problemas assume, na educação dos seus filhos. A melhoria da saúde e bem-estar social da família e a resultante melhoria do processo de aceitação e relação pais-filho vão, essas sim, ter efeitos desejados no desenvolvimento e comportamento da criança.

Considerando que no processo de Intervenção Precoce existem três dimensões essenciais: Familiar; Pessoal (criança) e Social; desenvolve-se a intervenção com a família, a criança e com a comunidade. A Intervenção com a família, como primeira interveniente no processo educativo, torna-se essencial. A família é implicada, orientando e atenuando,

também as suas angústias e receios transmitindo-lhe mais confiança e promovendo a sua capacitação. A observação/avaliação, para um plano de intervenção eficaz, é sempre complementada por informações de serviços, já envolvidos no processo, no sentido de contribuir para uma caracterização mais correcta (Azevedo et al. 2000).

Segundo Jarrett (2007), após o levantamento de dados da família e conhecendo as suas características define-se o programa individualizado com a finalidade de promover uma estimulação adequada às suas necessidades através do traçado de objectivos, métodos, estratégias, actividades e análise de tarefas.

Esta última autora, refere ainda que o apoio directo à criança e à família, pode ser realizado, de uma sistematização semanal, sendo esta intervenção realizada no meio em que a criança se insere. As actividades que põem em prática os objectivos do programa definido, são devidamente articuladas e planeadas com os agentes de actuação (família, técnicos, outros).

Pretende-se que a acção seja continuada pelos intervenientes diários (famílias, amas, educadoras e auxiliares de acção educativa) com a criança, de forma a dar continuidade à aprendizagem, inserida no seu dia-a-dia, passando-a à generalização no seu meio ambiente. A avaliação contínua permanece presente na dinâmica de intervenção, sendo a base de reformulação dos programas a criação de novas estratégias que presidem ao processo evolutivo e educativo da criança. Os encaminhamentos e integrações das crianças, são considerados e trabalhados em função das necessidades da família e da criança (Cowan, 2007; Jarrett, 2007).

Avaliação e planificação da intervenção na criança com Paralisia Cerebral

A observação psicológica é difícil nestas crianças. Devem ser aplicadas provas padronizadas, para estabelecer o nível actual de funcionamento e o potencial intelectual. No entanto muitas destas provas não são planeadas para crianças sem deficiências, ou seja, é uma avaliação complexa devido a conterem inúmeros itens verbais e de manipulação que não estão ao alcance destas crianças. O melhor método é recorrer a escalas de observação adaptadas de provas estandardizadas e provas não convencionais para obter indicadores válidos. O resultado destas provas deve também ser interpretado, de acordo com o que a criança geralmente é capaz de fazer fora de uma situação de testagem formal (Jarrett, 2007).

Os vários tipos de profissionais incluídos nas equipas de avaliação, podem ir desde um terapeuta ocupacional, um professor de educação especial, um psicólogo, a um fisioterapeuta. Estas avaliações devem ser feitas na língua nativa da criança, desse modo, se for necessário, pode estar presente um intérprete (Jarrett, 2007).

Segundo Jarrett (2007), “ Durante o processo de avaliação para serviços de intervenção precoce, as capacidades e necessidades do seu filho não são as únicas coisas que serão avaliadas. Os recursos, prioridades e preocupações da sua família, assim como a manutenção e os serviços de que vocês precisam para ajudá-los a conhecer as necessidades de desenvolvimento do seu filho, também serão identificados.”

Não se deve incluir na avaliação, aspectos da vida familiar que não se relacionem directamente à consecução dos objectivos da família para a criança. Desta forma, a “avaliação familiar” deve conter meramente informações para partilhar com o programa de intervenção precoce (Jarrett, 2007).

A avaliação destas crianças irá revelar as suas capacidades e necessidades gerais em todas as áreas de do desenvolvimento. Contudo, antes de se iniciar um programa de intervenção precoce, a família e os técnicos envolvidos, devem descrever as capacidades específicas nas quais a criança precisa de trabalhar. Deve ser decidido em conjunto qual dessas capacidades é mais pertinente para a criança aprender primeiro, de modo a que possam estruturar as suas metas de aprendizagem em acordo (Jarrett, 2007).

A planificação do programa de intervenção tem que ir de acordo com a satisfação das necessidades individuais da criança, de forma a ajudá-la a focalizar-se na informação importante que lhe é fornecida nas várias situações do seu dia-a-dia. Ao ajudar a criança a dar sentido às experiências que vivência e a perceber que pode ter aí um papel activo como pessoa, e dessa forma encorajar uma aprendizagem activa, compensando a falta de

aprendizagem episódica. Este programa vai então auxiliar o progresso de noções espaciais e temporais (Amaral et al., 2004).

APRESENTAÇÃO DO CASO

Os dados recolhidos foram organizados por factores que se consideram mais importantes ao longo do processo terapêutico. Desse modo vamos, articulá-los com a argumentação teórica.

Aspectos salientes da história clínica:

Toda a informação aqui saliente, foi retirada dos relatórios médicos, vindos da Guiné-Bissau.

O nascimento de António, a 21 de Março de 2006, decorreu de um parto normal, após uma gestação de aproximadamente 40 semanas. Nasceu com 3220 gramas, e fez sucção imediata. Ao nível do desenvolvimento psicomotor apresentou-se normal nos primeiros 14 dias, mas após este período António começou a ter vômitos profusos, seguido de depressão da fontanela anterior, durante cerca de 4 dias, contudo sem apresentar sintomas de febre.

Foi a partir deste momento que se começaram a notar deformidades do crânio com consequente fecho da fontanela anterior.

Após o primeiro ano de vida detectou-se a espasticidade dos membros e um desenvolvimento psicomotor tórpido. O quadro neurológico desta criança apresentava-se então como paralisia espástica dos membros com reflexos exaltados.

A 18 de Março de 2008, foi feito o encaminhamento para Portugal, pelo médico que o acompanhou na Guiné, com a necessidade urgente que António tivesse uma avaliação por parte de um centro especializado em Neurocirurgia Pediátrica.

Chegou a Portugal com a mãe em Setembro de 2008, ao abrigo de um acordo entre os dois países. Acordo esse que permite que crianças da Guiné venham a Portugal efectuarem tratamentos de saúde. Ficaram hospedados num Lar, onde se encontravam outras mães e crianças ao abrigo do mesmo acordo. Mãe e filho foram dirigidos para o Hospital Dona

Estefânia, onde lhe foram feitos vários exames e onde o António usufruía de apoio de Fisiatria.

As primeiras observações/relações

Antes do apoio psicoterapêutico, António passava os seus dias sentado numa das cadeiras da sala comum, não havendo meios físicos para as condições em que ele se encontrava. Segundo Finnie (2000:6), “O bebé que já é tão limitado na sua capacidade de movimentação torna-se, então, o que chamamos de ‘bebé recipiente’, passando a maior parte do dia sentado na sua cadeira ou assento especial...”. No Lar, o António já usufruía de um Standing Frame – um aparelho que permite à pessoa com deficiência estar na posição vertical, de modo a esticar os seus músculos - contudo não era utilizado as vezes necessárias para o seu melhor e contínuo desenvolvimento.

Fomo-nos apercebendo que o único momento que o António não se encontrava sentado era no momento da troca de fralda ou no momento de dormir.

Notou-se logo desde o início que não havia muita interacção/estimulação mãe-filho, não só devido à questão cultural, assim como à própria mãe que não sabia como lidar com a situação do seu filho. Para Cowan (2007:101), é vital que a família aceite o seu filho e a sua deficiência o mais cedo possível “Muitos pais reagem ao diagnóstico inicial da paralisia cerebral do seu filho, negando que há um problema. Eles esperam que isso seja um pesadelo e que desapareça.”.

O factor linguagem revelou-se um grande condicionador para a nossa comunicação com a mãe, pois os conhecimentos de português, eram muitos poucos, contudo conseguia falar um pouco e perceber a língua.

Outro factor que iria condicionar o nosso trabalho seria a parte cultural, pois os hábitos e as rotinas são muito distintas daquelas com as quais crescemos e fomos educados. A mãe, descreveu o dia do António como “ Ele costuma acordar muito cedo, outras vezes costuma acordar muito tarde. Não tem horas para acordar. Por isso às vezes, à tarde dorme muitas horas. Assim ou almoça logo, ou come de manhã o pequeno-almoço. À tarde lancha e depois ou dorme ou fica ali na sala sentado na cadeira. À noite janta e vai dormir, mas às vezes é

malandro e não dorme logo”. Questionando-a sobre a alimentação ela responde “ Ele come bem, come sopa, carne, sumo de laranja, iogurte, bolachas, mas tudo triturado”.

Consegue-se facilmente perceber, que é uma criança com poucas rotinas, o que acaba por desorganizar todo o seu sistema e a forma de estar no seu dia-a-dia.

O António é uma criança muito sensível, que percebe as pessoas estranhas ao seu redor ou chorando ou vocalizando pequenos gritos, no entanto a primeira imagem que temos dele é de ser uma criança apática com o mundo exterior. Talvez esta noção advém de o termos encontrado até agora na sala de convívio da casa, sem que tenham muita interacção com ele. O António não reage muito bem ao toque físico, contraindo-se sempre que o tentamos fazer ou por uma carícia na cara, ou ao pegarmos-lhe nas suas mãos. Citando Gersh (2000:26) relativamente às deficiências sensoriais, “As crianças com hipersensibilidade tátil são extraordinariamente sensíveis ao toque e consideram intoleráveis ou bastante desagradáveis certos tipos de toque.”

Ao nível da visão, esta criança não mantinha contacto ocular, nem seguia qualquer objecto, mesmo que este se apresenta-se a uma curta distância dos seus olhos. Para Gersh (2000:25), “Devido a problemas de tónus muscular as crianças com paralisia cerebral têm maior probabilidade do que as outras crianças de ter certos distúrbios de visão. Algumas crianças são parcial ou totalmente cegas, devido ao dano cerebral nas vias ópticas (cegueira cortical).”

Ao nível auditivo, não se conseguia perceber se havia alguma deficiência, pois se se denotava vezes que o António reagia a sons, outras, não tinha qualquer reacção. Sabendo que, também é comum haver uma deficiência auditiva em crianças com paralisia cerebral, onde há uma perda auditiva devido ao dano na orelha interna, esta deficiência não nos pareceu inicialmente tão agravada.

Era um menino que não segurava qualquer tipo de objectos, abrindo a mão mal sentisse algo a tocar-lhe, “...as crianças com espasticidade muitas vezes têm dificuldade de colocar pesos nas suas mãos e pés, consequentemente não experimentam a pressão tátil normal nessas partes do corpo.” (DeGangi, 2000:165).

Ao nível da coordenação motora, registavam-se movimentos involuntários, isto é, movimentos abruptos, rápidos e desajeitados da cabeça, pescoço, braços e pernas. O único

movimento intencional, era o de levar o dedo à boca e chuchar, ou levar a mão à cara para se coçar.

A única forma de ele se expressar com as pessoas à sua volta, era vocalizando pequenos gritos, para manifestar o seu contentamento, zanga ou para pedir-nos algo.

Tratava-se de uma criança com grande dependência de um adulto, nomeadamente a sua mãe.

A mãe do António, continuou a manter o contacto com o seu marido e a sua filha mais velha de 7 anos, que ficaram na Guiné-Bissau. Conversámos com ela, sobre as suas expectativas relativamente ao desenvolvimento do António. Esta deseja que o filho fique melhor dizendo “Ele não pode voltar assim para a Guiné, porque lá ele vai morrer, eles matam-no, porque dizem que é filho do Diabo. Eu preciso muito da vossa ajuda, para não me deixarem ir embora com ele assim. Ele vai ficar bom.”

Escala aplicada e resultados

Aplicou-se a Escala de Desenvolvimento Portage (Sherer, 1969), que permite a avaliação nas áreas de linguagem, cognição, cuidados próprios, socialização e motora, fornecendo a idade de desenvolvimento em cada uma destas áreas e uma idade de desenvolvimento geral.

Esta escala permitiu-nos saber em pormenor quais as competências já adquiridas e a desenvolver nas várias áreas. O preenchimento do Portage (anexo 1), foi realizado com as minhas observações, da Educadora e da mãe do António e obteve os seguintes resultados:

Linguagem – é uma das áreas que se encontra bastante comprometida. O António não tem qualquer tipo de vocabulário desenvolvido. A única forma que ele tem de se expressar, é vocalizando pequenos gritos para mostrar o seu contentamento, zanga ou pedir algo. Ao nível da compreensão da linguagem, nem sempre era perceptível se esta criança estava a entender o que lhe era transmitido, derivado ao seu condicionamento físico, ou seja, às reduzidas expressões faciais, aos movimentos descoordenados com a falta de controlo dos mesmos e às dificuldades de linguagem.

Socialização – é uma criança que fica atenta quando um adulto fala com ela, e que sorri quando percebe que estamos a manter uma brincadeira, como por exemplo, quando lhe tapávamos a cara com um lenço, chamávamo-lo pelo seu nome e ao destaparmos ele sorria. No entanto não tem qualquer outro tipo de socialização.

Desenvolvimento Motor – devido à sua Paralisia Cerebral e à sua Microcefalia, os seus movimentos ficaram bastante condicionados e involuntários. Ou seja, movimentos escassos e estereotipados que consistiam de padrões de flexão e extensão, não tendo controlo postural e sem estabilidade. Percebe-se que utiliza o movimento dos braços para fazer chegar o dedo à boca para chuchar ou a mão à cabeça para se coçar, contudo em movimentos muito descoordenados e nem sempre eficazes.

Cognição e Autonomia – tem dependência total de um adulto para qualquer tarefa do seu dia-a-dia e a nível cognitivo, é uma criança que não prolonga o seu período de atenção, cansando-se rapidamente de qualquer actividade ou distraíndo-se com fontes sonoras ou movimentos à sua volta.

O resultado da avaliação da Escala de Desenvolvimento Portage, efectuada em Março de 2009, sugeriu que o António (com 3 anos) tinha um desenvolvimento inferior à sua faixa etária, situado abaixo de 1 ano de idade. Percebe-se facilmente as várias necessidades que António encontra na sua vida. Trata-se de uma criança com grande dependência de um adulto, nomeadamente a sua mãe. Apresenta espasticidade em todos os membros, o que sugere um atraso no desenvolvimento motor, necessitando de apoio nas actividades práticas, como comer, de higiene e mobilidade. Ao que a sua autonomia encontra-se bastante comprometida, necessitando uma maior intervenção com esta criança, a este nível.

Ao nível da linguagem e socialização, tem pouca comunicação verbal, e esta faz-se em torno de gritos para manifestar o seu contentamento ou descontentamento. Na comunicação não verbal, o que nos é apenas transmitido são sorrisos ou birras/zangas de choro. Mas depois de o conhecermos, facilmente percebe-se o que ele deseja. A parte cognitiva, necessita de ser bastante estimulada ao mesmo tempo que a parte motora, de forma a que lhe faça sentido pequenas actividades, tais como agarrar um objecto sonoro (por ex.: uma roca para bebés), com a finalidade de agitá-lo, brincando e estimulando-o ao nível auditivo.

Intervenção

O programa de intervenção precoce, foi efectuado em apoio domiciliário, ou seja, foi fornecido no lar em que o António e a sua mãe viviam. Esta criança foi seguida durante três meses com a regularidade de duas vezes por semana, com sessões de meia hora cada. No entanto algumas sessões foram utilizadas para acompanhar o António e a sua mãe, às consultas no Hospital Dona Estefânia.

Hoje em dia, acredita-se que os serviços de intervenção precoce devam ser facultados em “ambientes naturais” (Jarrett, 2000). Dessa forma, vai proporcionar à mãe um papel crucial de participação, já que esta tem uma forte importância durante a fase educativa. Assim, o apoio domiciliário pode estimular e ensinar a criança no seu ambiente natural.

Depois de se ter feito uma observação da criança em situações livres e em seguida a observação baseada na Escala de Desenvolvimento Portage, foram seleccionados os objectivos a serem trabalhados.

Estes objectivos tiveram que ser de curto prazo – visto o tempo de residência desta família em Portugal – e serem elaborados tendo em consideração os pontos fortes e fracos do António. Segundo Finnie (2000), as crianças conseguem concentrar-se e atingir muito mais em sessões de curta duração.

Desse modo, foram seleccionadas estratégias para alcançar os objectivos que deviam ser funcionais e simples, isto é, terem lugar na vida da criança. Esses objectivos tiveram como base as actividades de estimulação do Portage e o registo da aquisição das mesmas (anexo 2).

Criaram-se então dois pontos fulcrais que seriam a base de trabalho com o António, e indo ao encontro das necessidades actuais da criança e das expectativas da mãe:

1. Área de estimulação da criança, ao nível auditivo, táctil e da visão

Trabalhando as falhas de processamento de informação, que afectam a apreensão da realidade, e a impede de estabelecer bases consistentes para fundamentar os processos de ensino-aprendizagem;

2. Área do desenvolvimento motor e da socialização da criança

Trabalhando a reduzida mobilidade e as dificuldades de manipulação, que não a deixam efectuar experiências e provocar efeitos no ambiente de modo a

produzir respostas consistentes que lhe permitam construir um pensamento organizado e um adequado desenvolvimento cognitivo.

1. Área de estimulação do bebé

Antes de iniciarmos a intervenção, tivemos que elaborar uma grelha com horas e funções para o António (anexo 3). Estas rotinas, iriam permitir à criança, antecipar as situações desde o levantar, comer, brincar, tomar banho e deitar. Segundo Amaral et al. (2004) “...os procedimentos consistentes proporcionam um conjunto de informação previsível que facilita o ensino e a aprendizagem.”. Explicando à mãe da criança o quão era benéfico para vida do seu filho, e que posteriormente teria uma melhor integração das rotinas do Jardim de Infância que se esperava vir a frequentar no próximo ano lectivo.

Gradualmente, fomos aproximando-nos das horas a que cada função estava designada. No entanto foi difícil de trabalhar estas rotinas, pois o António não estava habituado a ter horários planeados, nem a própria mãe sempre se lembrava de cumprir as alterações planeadas. No entanto, algumas sessões ficaram sem efeito, não se conseguindo trabalhar com o António, ou porque ele se encontrava a dormir, ou simplesmente não se encontravam no Lar, sem um aviso prévio que teriam que se ausentar.

Havia uma grande necessidade de estabelecer um maior laço afectivo entre a mãe e o António. Este encontrava-se muito carenciado, pois a sua mãe era uma pessoa menos cuidadosa nos seus movimentos afectivos, por exemplo, não costumava fazer carícias ao António, nem falar em tom meigo e suave com ele. Tentou-se introduzir a mãe, nas actividades que íamos criando com ele nas sessões. Desta forma, ensinámo-la a lidar com a problemática do seu filho e a dar-lhe outras alternativas de brincadeira com ele e modos de estimulação e afectividade entre ambos. A este nível notou-se receptividade por parte dela em querer ajudá-lo, até mesmo quando não estávamos presentes.

No segundo mês de intervenção, em todas as sessões, trabalhou-se a estimulação tátil, visual e auditiva geral da criança.

Ao nível tátil, o António era muito sensível aos movimentos bruscos, sentia-se apreensivo, contraindo o corpo, ou fechando os olhos. Esta mãe, como já anteriormente tínhamos referido, muitas vezes segurava-o de uma maneira muito áspera ou inapropriada.

Criou-se movimentos suaves através dos braços de modo a embalsarem a criança, passeando-a ao seu colo. Mas que não seria necessário pegar no António sempre que este se

mostrasse mais irrequieto, mostrámos que falando calmamente perto dele, isso iria criar-lhe maior conforto.

Actividades:

- Mostrou-se à mãe, que criando sensibilidade no contacto com o seu corpo, iria tranquilizá-lo quando ele chorasse. O António inicialmente sentia-se apreensivo, pois toda a informação que ele recebera não foi muito calorosa, no entanto mostrou-se receptivo com o novo conforto.

- Percebeu-se que o António poderia ter uma deficiência sensorial, pois era muito sensível ao toque no seu corpo, até mesmo das suas próprias mãos no seu rosto. Segundo Gersh (2007:26), “As crianças com paralisia cerebral têm, muitas vezes, lesões no lobo parietal – área do cérebro responsável pela interpretação e uso da informação proveniente dos sentidos”. Dessa forma, ao longo das sessões fomos introduzindo pequenas carícias na cara, beijinhos no rosto, afagos com as suas próprias mãos. A sua reacção imediata era fechar os olhos, como se se arrepiasse com o toque. Foi um dos exercícios que mais tempo demorou a ser aceite por esta criança. Só já no fim das sessões, é que ele se deixava tocar, tendo cócegas com estes pequenos gestos.

Assim, aproveitámos para trabalhar novas texturas, expondo o seu corpo em superfícies variadas. Despia-mos o António, no quarto previamente aquecido, e íamos testando novos toques, utilizando um cobertor suave, um lençol mais fino, o tapete mais áspero do quarto, um boneco com pêlos, etc...

Em todas as texturas que tocavam inicialmente a sua pele, António sentia-se incomodado, vocalizando pequenos gritos. Mas com o repetir desta actividade, ele foi reconhecendo as texturas e chegando a rolar sobre o seu próprio corpo e sorrindo perante texturas mais macias e fofas.

- O António era uma criança que se sentia muito incomodada com a água, e por consequência, a higiene corporal nem sempre era efectuada com a regularidade necessária. A mãe justifica-se com “Ele chora muito quando está a tomar banho”. Foi-lhe explicado que certas crianças sentem-se incomodadas e que choram quando em contacto com a água. Para tal, era necessário ter em conta, a temperatura da água e a criança sentir-se segura nos braços da mãe quando dentro da banheira.

Notámos que a mãe foi tentando mudar esse hábito, apesar de não o fazer todos os dias à noite, mas pelo menos já o concretizava com mais regularidade. Introduzimos então, o creme para o corpo, não só para proteger a pele dele, como sendo também uma forma de estimulação sensorial. Mostrou-se à mãe que podia, enquanto lhe espalhava o creme pelo corpo, fazer-lhe pequenas massagens e ir falando ao mesmo tempo com ele ou introduzir cantigas calminhas para o relaxar. O António tinha muitas cócegas e facilmente retraía o corpo, mas percebia-se que gostava o que acabava por ser uma interacção bastante gratificante de brincadeira entre ele e a sua mãe.

- Tranquilizar a criança com a presença de uma pessoa, era fundamental para o António, visto que passava muitas horas sozinho ou no quarto ou na sala comum. Explicámos à mãe, que ela poderia levá-lo para o sítio onde ela estivesse a fazer o seu trabalho, para que pudesse ir falando com o seu filho e acariciando-o de vez em quando para ele se sentir acompanhado. No entanto, esta actividade sem sempre foi aplicada, pois muitas vezes, quando chegávamos ao Lar, o António continuava sozinho e com o som da televisão da sala ou do rádio da sala bastante alto.

Tanto ao nível da estimulação visual como da audição, tínhamos muitas dúvidas, sobre se estes dois campos estariam ou não comprometidos, pois ao observarmos o António através do Portage, ele nem sempre correspondeu às estimulações. Criámos então actividades mais simples, para que mais facilmente ele respondesse ao meio que o rodeava.

Actividades:

- Com a ajuda de um ginásio para bebés, pendurámos fitas coloridas e brinquedos com sons e formas diferentes, deitávamos o António por baixo dele, de forma a que pudesse visualizar tudo o que estava pendurado. A criança nem sempre se mostrou interessada nos objectos que não tinham sons; só com a nossa ajuda a pegar-lhe nas mãos ou nos pés de forma a entrar em contacto com eles, é que tinha alguma reacção. No entanto, com os objectos com alguma fonte sonora, o António ficava mais atento, para perceber a origem do som e chegava mesmo a sorrir e a vocalizar pequenos gritos de contentamento.

- Para a criança reconhecer as pessoas com quem mantinha maior contacto, criou-se a estratégia de, sempre que se chegava ao pé dela, metia-mos a nossa cara a 15-20cm da dela,

falando ou cantando calmamente para ela. E ao longo do decorrer das sessões fomos deixando de estar tão próximos, acabando pelo António reconhecer as pessoas (sorrindo), quando entravam no mesmo espaço que ele e apenas lhe diziam um “olá” ou chamando pelo seu nome.

- Sabendo que a música faz parte da vida de uma criança, pensámos em introduzir música mais adequada para a idade do António, já que este só tinha contacto com o som da televisão ou do rádio. Assim, começamos por levar músicas mais calmas indicadas para bebés, para relaxamento, e músicas de jogos de crianças, para cantar para ele. O António reagiu sempre muito bem às músicas e ficava muito paradinho, como se estivesse a escutá-las com atenção. Foi muito positivo este ponto, pois a mãe começou por manter desligada a televisão e o rádio, facilitando a aceitação destas músicas que deixávamos para a criança.

- Como não era comum a mãe do António falar muito para ele, fomos pedindo que ela fosse cantando para ele, cantilenas ou lenga-lengas próprias da Guiné, para ele se ir habituando a esses sons. Pedimos à mãe para usá-las enquanto estivesse a lavá-lo, a vesti-lo, a alimentá-lo ou simplesmente a embalá-lo. Ela sentiu-se envergonhada no início dizendo que não sabia cantar, mas reforçámos a ideia de que o importante ali não era ela cantar bem ou mal, mas sim o António escutar a voz dela e acalmá-lo.

- Começamos a utilizar uma gama variada de sons com a criança, desde guizos, campainhas, assobiando, agitando uma roca e batendo palmas, a uma distância de 30-45cm dela. Nas primeiras vezes que introduzíamos sons novos, o António fechava ou semi-encerrava os olhos, mas consoante que se ia habituando a eles ficava atento e por vezes vocalizava pequenos gritos. À medida que ele fosse reagindo aos sons próximos dele, aumentávamos a distância entre o António e a fonte sonora.

Estes sons constituíam novidade e pretendíamos que atraísse a criança, no entanto ela apenas tornou-se mais activa (sorrindo ou vocalizando os pequenos gritos) sem olhar para o som. Então começamos a ajudar o António, virando-lhe a cabeça na direcção da fonte sonora. Contudo ele nem sempre reagia, não parecendo estar a ouvir algo.

- Outro exercício que introduzíamos quase todos os dias, era o António começar a ter algum tipo de resposta quando chamávamos pelo seu nome. Colocávamo-nos de maneira a ser visto por ele e chamávamo-lo pelo seu nome repetidas vezes e com diferentes entoações

até que ele olhasse. Como ele não seguia fontes sonoras, segurávamos-lhe o queixo e fazia-lo virar a cara para nós, exagerando a nossa actividade e verbalização para que ele continuasse a olhar para nós.

Esta foi uma das actividades que correu bastante bem, pois a mãe começou a repeti-la sem nós lhe darmos qualquer indicação para o fazer. O que se tornou bastante benéfico para o António, pois este começou a reagir ao seu nome, sorrindo e até mesmo virando a cabeça à procura da fonte sonora.

- O António utilizava um Standing Frame, para que pudesse passar algum tempo de pé. De modo a que esse tempo não fosse utilizado sem nenhuma actividade, aproveitámos segurar alguns brinquedos às suas mãos e pulsos. A razão para que os prendêssemos em vez de os colocarmos de imediato nas mãos, adveio desta criança sofrer de uma deficiência sensorial. Que segundo Gersh (2007:26), as crianças com uma PC “podem ter diversas deficiências sensoriais ou problemas para manobrar as informações que os sentidos transmitem ao cérebro”. Isto é, ele tinha uma grande sensibilidade nas palmas das mãos, abrindo-as cada vez que sentisse algo a tocar, renunciando o toque. Contudo, acabou por ceder que lhe tocassem, não se afastando. Mas continuou a não ter o reflexo de fechar as mãos quando posto um brinquedo.

Assim, começámos por prender pulseiras que tinham guizos, ou até mesmo uma roca, aos seus pulsos. Quando o António levanta-se um braço, este iria emitir sons, o que acabaria por vir a tornar-se uma forma de ele brincar. No entanto, percebeu-se que esta criança não fez qualquer tipo de correspondência entre o levantar o braço-originar um som-poder brincar.

- A introdução de novos alimentos, surgiu quando nos apercebemos que o António tinha carência de determinadas proteínas para o seu desenvolvimento, sendo as suas refeições constituídas somente por leite, iogurte ou uma sopa triturada. Outro factor, foi a sua dentição já estar completa, e ele não fazer uso total dela.

Necessitámos do apoio de uma terapeuta da fala, para perceber se ele já estaria em condições para receber outros tipos de alimentos. A sua resposta foi positiva, começando por ser introduzido, gradualmente, alimentos sólidos e os que ele necessitasse para completar boas refeições.

Como as refeições eram efectuadas geralmente ao colo da sua mãe, aproveitámos e introduzimos também a cadeira de alimentação. Este novo objecto iria permitir à criança

uma melhor postura para se alimentar, explicando à mãe como o poderia fazer de maneira a estar em contacto com ela, cantando ou falando ao longo da refeição.

O António aceitou bastante bem estes novos hábitos alimentares e conseguiu fazer bem a mastigação e deglutição do que lhe era dado.

No entanto, sentimos uma grande dificuldade em explicar à mãe os vários alimentos que ela poderia introduzir na alimentação, porque a barreira linguística era muito forte, e nem sempre percebíamos se ela o estava a fazer quando não estávamos por perto.

- Quando percebia-mos que o tempo meteorológico, estaria bom, começámos a levar o António ao pequeno jardim que o Lar tinha. Esta criança passava a maior parte do seu tempo fechada em casa, saindo só quando era estritamente necessário (para consultas). Era importante incluir actividades externas na sua rotina. Pedíamos à mãe que nos acompanhasse nos passeios, ou até mesmo quando esta ia estender a roupa, começámos a levá-lo connosco.

Seria uma boa forma de oferecer ao António, oportunidades ao ar fresco e aprendizagem sobre o mundo externo à sua casa. Por vezes, simplesmente, deitávamo-lo ou sentávamo-lo sobre a relva, para que pudesse sentir a sua textura, outras vezes passeávamos pelo jardim, com ele na carrinho de passeio, para que ele pudesse tentar dar atenção aos passarinhos, às árvores (tocando com a sua mão nos troncos), flores (passando-lhe as flores na cara), odores (dando-lhe a cheirar flores) e sons externos. Era um modo para esta criança desenvolver o sistema sensorial. O António começou a apreciar bastante estas idas até ao jardim, já percebendo quando falávamos nessa palavra e quando sentávamo-lo no carrinho, sorrindo para nós e emitindo pequenos gritos de contentamento.

2. Área do desenvolvimento motor e da socialização

O terceiro mês foi dedicado a trabalhar a parte motora do António e a sua forma de socializar com o ambiente à sua volta. Sendo a primeira mais dedicada a um técnico de Fisiatria, sentimos no entanto a necessidade de aprendermos certos exercícios, que nós poderíamos aplicar de forma a não só dar continuidade do trabalho feito no hospital, como incentivar a mãe a fazê-lo.

Actividades:

- A primeira, passava por mantê-lo sentado, tanto no chão como numa cadeira normal, com o apoio das suas próprias mãos. O que nos ajudava muito, era sentá-lo no chão no canto da sala ou do quarto, com o apoio de umas almofadas, assim acabava por mantê-lo mais direito. Desta forma iríamos trabalhar o seu equilíbrio e a sua força muscular. Como este exercício foi praticado durante muito tempo nas sessões de Fisiatria do hospital, o António acabou por conseguir manter-se nessa posição por alguns períodos de tempo.

- Enquanto deitado, o António não fazia qualquer movimento de intenção para se virar ao contrário. Através de brinquedos ou fontes sonoras que eram colocadas ao lado do seu corpo, tentámos que ele rolasse para os lados, para ir ao encontro dos mesmos. Contudo apenas conseguiu rolar para um dos lados, voltando depois à posição inicial. Dar uma volta completa ao seu corpo, já não foi concretizável, notando-se um grande atraso a este nível.

- Queríamos aproveitar as relações que ele poderia ter sem ser a nossa e a da mãe. Começámos com um cachorrinho que vivia no Lar, aproveitando que ele era muito pequeno e brincalhão, tentámos estimular o António com a sua energia.

Aproveitámos o sofá puff que levámos de propósito para ele, e sentávamo-lo lá, pois acabava por estar mais perto do chão. Chamávamos o cachorrinho e com a mãozinha dele fazíamos festas no pêlo (esta era também uma estimulação sensorial). Desde o início que o António adorou a companhia do cão, pois este saltava, corria, fazia pequenos latidos à sua volta. Esta actividade com ele acabava por deixá-lo bastante bem disposto, sorrindo muito, chegando a dar pequenas gargalhadas.

Este sofá puff, foi também utilizado para que o António se sentasse de forma a manter uma postura mais direita. A mãe sentava-o muitas vezes numa cadeira normal de

braços, e ele acabava por tombar para um dos lados, ficando nessa posição, sendo perceptível o seu grande atraso a nível motor.

- Queríamos que o António começasse a utilizar os membros superiores, utilizando um jogo muito simples: Deitávamo-lo de costas numa superfície plana e confortável, colocando um pano em cima da sua cara. De seguida, falávamos com ele para que percebesse que estávamos presente. Depois, ajudávamos o António, agarrando a sua mão, a afastar o pano, dizendo “olá” ou “cu-cu”. Quando o pano era retirado recompensávamos a criança tocando-a, sorrindo-lhe e exagerando na expressão fácil. Sabíamos à partida, que este pano, iria incomodá-lo, no entanto, nas primeiras vezes que fizemos este jogo, o António não reagiu, ficando com os membros superiores imóveis. Após algumas repetições, começou por mexer a cabeça, virando-a de um lado para o outro, na tentativa que o pano caísse. Por fim, conseguimos que ele próprio retirasse o pano com as mãos, embora ainda não fosse coordenadamente. Esta actividade serviu para que este movimento de braços e mãos, fosse utilizado para que a criança pudesse coçar alguma parte da cara ou cabeça, ou afastar algo que o estivesse a incomodar, o que se tornou concretizável.

DISCUSSÃO DO CASO

Perante o objectivo proposto para esta investigação, devemos ter em consideração as conclusões que vão estar limitadas pelo reduzido número de informações que a nossa amostra nos fornece. Esse será um dos limites, pois as conclusões serão apenas tiradas do sujeito envolvido na investigação. Não devemos generalizar para crianças com outros tipos de paralisia cerebral (PC) em programa de intervenção precoce.

Assim, começamos por analisar as informações recolhidas nesta investigação, para que percebamos a pertinência dos elementos ao nível teórico e clínico, com base na parte prática, fase à problemática da intervenção precoce da paralisia cerebral.

Nesta criança sentiu-se uma maior necessidade de intervir o mais cedo possível, de modo a proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida no dia-a-dia. Citando Gersh (2007:30) “...os serviços de intervenção precoce podem reduzir os efeitos da deficiência mental ou de uma deficiência da aprendizagem no desenvolvimento da comunicação e do pensamento da criança, assim como do tónus muscular ou de problemas sensoriais do desenvolvimento das habilidades motoras.”.

Segundo, Gersh (2007:31), alguns investigadores consideram que se a criança com PC receber intervenção antes dos 6 meses de idade, acabam por não beneficiar do tratamento por estarem ou muito doentes ou até mesmo sem a energia necessária para colaborar nas actividades. As crianças que têm um bom programa de intervenção, “...não só têm menos limitações de movimento, mas também melhores posturas, desenvolvimento muscular mais equilibrado...”. É através destas intervenções que as crianças têm oportunidade de explorar e experimentar certas actividades que de outro modo, não iriam conseguir praticar autonomamente. Os próprios terapeutas são uma forma dos pais terem apoio, ajudando-os a ter motivação e a lutar para perceber e enfrentar as necessidades especiais do seu filho.

Sabendo que, quando uma criança é afectada com Paralisia Cerebral, nunca se revela de maneira igual para outra criança, temos que ter em conta que os programas de intervenção variam consoante a criança. Contudo, em todas as crianças com uma PC, a parte motora é bastante afectada, e por isso mesmo, uma terapia com exercícios tem que ser a base desse processo.

Para Anderson (2007:86), os exercícios são de extrema importância na vida das crianças com PC, “ativá-las em toda a sua amplitude de movimentos pode evitar contracturas ou limitações articulares, auxiliando o corpo da criança, dessa maneira, a manter o seu potencial.”. Esclarece-nos ainda que “os exercícios com pesos podem evitar a perda óssea. E a estimulação sensorial e motora que o exercício fornece é um elemento construtor essencial para o futuro desenvolvimento das habilidades cognitivas.”.

Outro ponto de base a ter em conta nas crianças com PC, é a sua integração sensorial, isto é, segundo DeGangi et al (2007:164), “corresponde à capacidade do sistema nervoso central de receber, separar e inter-relacionar as sensações originárias do ambiente. Essas sensações incluem aquilo que vemos, ouvimos, sentimos, o sabor e odor, assim como aquilo que sentimos a partir dos nossos sentidos de tacto, da força de gravidade e dos movimentos em toda a parte.”.

É durante a infância que as crianças começam a aprender a descobrir e a decifrar as informações resultantes dos seus sentidos. Para o desenvolvimento dos movimentos motores, é necessário que as crianças tenham uma maior percepção das sensações de toque, movimento e posição, pois são estes sentidos que ajudam a criança a aprenderem a imaginar e delinear os movimentos do seu próprio corpo. Contudo muitas das crianças com PC têm uma deficiência na sua integração sensorial, isto é, “problemas para receber e processar as sensações”. Para o António, este problema incluía uma grave sensibilidade ao ser tocado, que se traduz por hipersensibilidade, muito frequente em crianças com tónus muscular alto. Para DeGangi et al (2007:165), uma criança com hipersensibilidade ao toque, tem que ter actividades que forneçam “experiências tácteis que dessensibilizarão as partes corporais sensíveis.”. Foi neste sentido que se trabalhou com o António, e que mais tarde o ajudou a admitir certas sensações no seu corpo e até a perceber o que lhe estava e onde estava a tocar.

“Paciência é a palavra-chave, quando se lida com uma criança com PC.” Burke (2007:46). Durante três meses de intervenção precoce com o António, percebemos que corresponderia quase a um ano de desenvolvimento na sua vida. Todos os progressos seriam pequenas vitórias para si e para a sua mãe. E mesmo com os limites que se foram atravessando no caminho, tentámos agarrar o que esta criança nos ia dando de positivo para melhorar o que ainda estava muito para trás.

Segundo os relatórios médicos vindos da Guiné, o António teria uma PC do tipo espástico. A espasticidade indica-nos a existência de lesão no sistema piramidal. Este sistema tem a seu cargo a realização dos movimentos voluntários e, portanto, uma lesão neste sistema vai manifestar-se pela perda desses movimentos e por um aumento da tonicidade muscular. Mesmo quando a criança está em repouso, a hipertonía é permanente e, embora topograficamente fixa, pode mudar em consequência da actividade tónica reflexa. O fenómeno da hipertonía traduz-se, por vezes, no esforço excessivo necessário para a realização de um movimento. Esta dificuldade na mobilidade, associada ao receio de uma possível queda, é uma das causas que contribuem para a personalidade retraída, muitas vezes passiva, e pouco motivada para a exploração do meio envolvente (Gersh, 2007).

No entanto, por todas as observações que pudemos verificar ao longo da intervenção, podemos sugerir que é do tipo misto, ou seja, segundo o mesmo autor “essas crianças têm tanto o tónus muscular espástico da PC piramidal quanto os movimentos involuntários da PC extrapiramidal do cérebro”. Em relação à classificação com base na localização dos problemas de movimento, a PC do António, pode ser classificada como tetraplegia., em que todo o corpo da criança é afectado pelo tónus muscular anormal e pelos movimentos involuntários, contudo sem atetose, isto é, movimentos lentos de contorção, nomeadamente nos punhos, dedos das mãos e face (Gersh, 2007:20).

As crianças com PC, podem ter deficiência auditiva, o que implica que reagem diferentemente às vozes e aos ruídos em variadas ocasiões, parecendo por vezes que nem sequer estão a escutar o que se passa à sua volta. “Em vez disso, respondem ao toque ou aos indícios visuais ou ambientais.” (Gersh, 2007:57). No entanto, percebeu-se pelas actividades ligadas à estimulação visual, que o António sem sempre reagia a esses estímulos. Na consulta de Otorrinolaringologia do hospital, o António foi visto e foi-nos dito que em princípio ele não indicava qualquer deficiência auditiva, tal como, na consulta de Oftalmologia, também nos foi dito que ele poderia não apresentar qualquer anomalia na visão. Como Gersh (2007:59) referencia ao nível da deficiência auditiva, um técnico pode utilizar testes comportamentais, ou seja, é apresentado à criança um som, e a seguir observa se há respostas como o sobressalto, um piscar de olhos ou o virar a cabeça, mediante as alterações nas actividades lúdicas. Ao nível dos problemas visuais, este autor diz-nos que “em crianças pequenas, a acuidade visual pode ser avaliada verificando-se a sua capacidade de olhar e seguir um foco luminoso ou um objecto e de alcançar objectos.”

Foi nestas actividades que fomos realizando com ele, que notámos que em contradição ao que no hospital nos foi transmitido, esta criança, apresentava falhas nestes dois campos, o que prejudicava muitas vezes a sua resposta ao meio envolvente e consequentemente o seu desenvolvimento.

Segundo Gersh (2007), as crianças com PC têm movimentos involuntários, que derivam do seu próprio controlo motor. Quando uma criança reage a toques, sons ou outros tipos de estimulação, estes movimentos são reflexos. Estes reflexos podem durar meses ou até anos, e que quando perduram na face ou na boca, as crianças com PC, podem ter dificuldades na mastigação, sucção e a engolir. O António tinha bastantes reflexos involuntários, no entanto nunca actuaram ao nível da fase, o que sempre foi bastante benéfico para a sua alimentação e para que conseguíssemos introduzir novos alimentos na sua dieta.

Cada família é bastante importante neste tipo de intervenção, pois é dos elementos que mais vai participar activamente no desenvolvimento da criança. Neste caso em particular, seria somente a mãe do António que iria trabalhar connosco. Esta interacção por sua vez tornou-me um alicerce ainda mais forte, visto ela estar em Portugal sozinha com o seu filho, e somente para o tratamento dele. Por isso percebe-se a necessidade dos técnicos darem apoio à família no percurso da vida das crianças com PC. Ao encontro do que o autor Blacklin (2007:127) refere, as crianças com PC têm diferentes formas de aprender, forças e fragilidades que se vão alterando consoante elas crescem e também por aquilo que a família aprende especificamente para estimular o seu filho. A intervenção precoce é importante pois vai ajudar a família a identificar essas forças e fragilidades na criança, e apresentar novas estimulações quando esta necessitar de aprender novas capacidades. Assim a família estará preparada para responder mais facilmente às necessidades do filho, interagindo para estimular o seu desenvolvimento. “Ele será capaz de desenvolver a linguagem, cognição e a adaptação emocional – capacidades necessárias para o sucesso posterior na escola.”.

DeGangi et al (2007), explica que todas as famílias relacionam-se de maneiras diferentes no programa terapêutico do seu filho, e têm perspectivas diferentes para o que esperam alcançar na terapia. Algumas trabalham em equipa com os técnicos para que possam aprender a realizar as actividades quando estiverem sozinhas com o filho, tornando-se bastante benéfico para o desenvolvimento dele. Contudo, nem todas as famílias se sentem

capazes de o fazerem ou nem querem participar nessa intervenção. Foi neste ponto que sentimos uma das grandes dificuldades, pois a meio do programa de intervenção, a mãe do António, por motivos pessoais, deixou de participar, notando-se uma estagnação no desenvolvimento da criança. Houve uma maior necessidade de ter uma conversa com esta mãe, sobre o quão importante era trabalhar connosco, pois o tempo deles em Portugal era bastante reduzido, e se no hospital onde o António estava a ser seguido, não notassem quaisquer melhorias, eles teriam que regressar à Guiné-Bissau. Após esta conversa a mãe voltou a empenhar-se e a cooperar connosco, desta vez muito mais decidida a provar que o seu filho conseguia realizar determinadas actividades.

“Os técnicos nos programas de intervenção precoce, podem ensinar aos pais muitas abordagens diferentes para segurar, estimular e alimentar o seu filho, que podem acelerar a sua recuperação.” (Blacklin, 2007:126).

A criança aprende por meio de repetições e de prática. Contudo e perante todas as dificuldades que uma criança com PC apresenta, o que nos fica mais em mente quando trabalhamos com ela, é que temos que tornar todas as actividades prazerosas, o que nem sempre é uma tarefa fácil, envolvendo muitas tentativas e erros. Percebendo que o António gostava ou não de fazer determinadas actividades, só em determinadas alturas. Como Anderson (2007:87) nos explica “É importante respeitar os seus sentimentos tanto quanto possível, de maneira que ele veja os exercícios como uma parte natural agradável da vida, não como uma tarefa.”.

Neste período de intervenção precoce com o António, conseguimos explorar o papel fundamental da mãe no tratamento do seu filho, em parceria com os técnicos envolvidos. Ajudámos esta mãe a entender alguns aspectos clínicos da paralisia cerebral, incluindo problemas secundários ou decorrentes e as razões pelas quais, o António, estava com o desenvolvimento em atraso em determinadas áreas. Mas principalmente trabalhámos em torno de fornecer “sugestões” práticas para a mãe no que dizia respeito ao seu filho durante as actividades do seu dia-a-dia.

Essas “sugestões” práticas, ajudaram a auxiliar o António na concretização do seu potencial para a independência nos movimentos e nas actividades funcionais, tal como, um maior equilíbrio do seu tronco enquanto estava sentado; um maior controlo dos movimentos

dos braços, deixando de serem tão involuntários e mais tencionais (como levar a mão à cabeça/cara para se coçar); um permitir que certos objectos se mantivessem em contacto com determinadas partes do seu corpo, dando-lhe a hipótese de senti-los; o reconhecer das pessoas que lhe eram mais próximas, com um sorriso cada vez que ouvia as suas vozes; e o direccionar a sua atenção para fontes sonoras (como a de alguém chamar pelo seu nome).

Conseguimos demonstrar à mãe que o António beneficiava muito mais das aprendizagens, se esta se mostrasse empenhada em orientar o seu filho, expondo-o a experiências que embora simples, seriam desafiadoras para ela própria, tais como, cantar-lhe músicas, lenga-lengas, falar com ele em tom meigo, acariciá-lo, acabando por haver uma maior envolvência afectiva, e o António sentir-se mais calmo e seguro.

Pretendemos que esta criança pudesse ser mais activa nas tarefas da sua rotina, de maneira a que a mãe e o filho, juntos, pudessem usufruir o máximo possível das experiências diárias, superando as barreiras muitas vezes apresentadas pelo comportamento motor anormal de uma criança com PC. Observando-se por exemplo, que nas horas das refeições, o António já se alimentava mais adequadamente e na cadeira própria para estes momentos; que sempre que a mãe necessitava de se ausentar do Lar, levava o António consigo, no carrinho de passeio; e que a higiene desta criança já era feita com maior regularidade e sem ansiedades ou medos.

Considerando-se todo o processo da intervenção, notamos que o António envolve ansiedade e esforço para alcançar uma meta, uma direcção para explorar e buscar novas experiências, e, ainda, a confiança para realizar tal coisa.

Contudo, perante toda a análise dos elementos recolhidos, conseguimos perceber que não é possível ter uma confirmação total sobre a capacidade de evolução de uma criança comprometida com uma PC. Pois não se pode saber com exactidão, as suas potencialidades, percepções, sentimentos e pensamentos.

O António era uma criança com Paralisia Cerebral, mas acima de tudo, ele era uma criança. Deve ter oportunidade de crescer e desenvolver-se como qualquer outra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta intervenção colocou-nos algumas dificuldades, limitações e desafios. O factor linguístico, criou uma barreira enorme de comunicação com esta mãe, acabando por se reflectir no nosso trabalho com ela própria.

As condições físicas para trabalhar com esta criança, eram muito poucas. No Lar onde residiam, estava sempre com muitas pessoas e crianças à volta que acabavam por dispersar a atenção do António e até da própria mãe, nas actividades. Ao nível do material técnico de apoio às intervenções, tivemos muitos limites, tendo só um sofá puff, uma cadeira de alimentação e alguns brinquedos, que foram fornecidos pela CERCI de Lisboa.

Houve alguns desencontros neste caso, ou porque chegávamos ao Lar para trabalhar com ele, e afinal ambos tinham saído sem aviso prévio, ou quando chegávamos o António encontrava-se a dormir. Depois, houve dois tipos de condicionamento físico que nem sempre facilitavam a motivação e colaboração do António nas actividades diárias. Sendo uma delas as sucessivas constipações, muito comuns em casos de crianças com PC, pois os condicionamentos físicos não deixam a criança eliminá-la. O outro condicionamento, eram as várias cólicas do António, que o deixavam muito irritado e agitado. Estes problemas gastrointestinais também são usuais na PC, que no caso desta criança se transmitia na dificuldade de eliminação dos resíduos do corpo.

O António, tinha associado à PC, uma Microcefalia, que é uma condição neurológica muito específica, o que também afectou bastante o seu desenvolvimento e as suas capacidades nas actividades.

Relativamente aos exames de Otorrinolaringologia e de Oftalmologia efectuados no hospital, nunca chegámos a ter acesso aos seus resultados, durante o nosso período de intervenção com o António.

Em suma, foi um caminho longo a percorrer, por vezes, era de avanços, pausas e recuos. Foi necessário ir mais além da psicologia clínica, no apoio psicoterapêutico deste caso, acabando por ser um acompanhamento total na vida destas duas pessoas (mãe e filho). Foi bastante gratificante ver as evoluções do António, e embora possa parecer pouco para muitos, para a vida desta criança e desta mãe, foi muito e importante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, I., DUARTE, F., GONÇALVES, A., NUNES, C. and SARAMAGO A. (2004). *Avaliação e Intervenção em Multideficiência*. Lisboa: Centro de Recursos para a multideficiência.

ANDERSON, S. (2007). Cuidados diários. In GERALIS, E. *Crianças com Paralisia Cerebral – guia para pais e educadores*. Coleção Necessidades Especiais (2ª ed). Porto Alegre: Artmed Editora S.A., pp. 72-99

ANDRADA, G. (1986). Cerebral Palsy: Issues in incidence , early detection and habilitation in Portugal, in K. Marfo; Walker; B. Charles (Eds), *Childhood disability in developing countries issues in habilitation and special education* (pp. 41-62). New York: Prayer Publishers

AZEVEDO, L., FERREIRA, M. and PONTE, M. (2000). *Inovação curricular na implementação de meios alternativos de comunicação em crianças com deficiência neuromotora grave*. (2ª ed). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

BAX, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B., et al. (2005). Proposed Definition and Classification of Cerebral Palsy. *Development Medicine & Child Neurology*, 47. Cambridge pp. 571-576

BELL, J. (1989). *Doing your research project: a guide for the first-time researchers in education and social science*. England: Open University Press, pp. 145

BENBASAT, I., GOLDSTEIN, D.K. and MEAD, M. (1987). *The Case Research Strategy in Studies of Information Systems*. Minneapolis: MIS Quarterly, pp. 369-386

BLACKLIN, J. (2007). O desenvolvimento do seu filho. In GERALIS, E. *Crianças com Paralisia Cerebral* – guia para pais e educadores. Coleção Necessidades Especiais (2ª ed). Porto Alegre: Artmed Editora S.A., pp. 126-149

BOBATH, B., (1984). *The Neurodevelopment Treatment*. London: Heinemann Medical

BOGDAN, R. and BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*, Coleção Ciências da Educação, Porto: Porto Editora

BRAVO, C and EISMAN, L. (1998). *Investigación Educativa*, 3ª Ed. Sevilha: Ediciones Alfar

BRUNHEIRA, L. (n/d). *O conhecimento e as atitudes de três professores estagiários face à realização de actividades de investigação na aula de Matemática*. Disponível em <http://ia.fc.ul.pt/textos/lbrunheira/> . Acedido em 15/09/10.

COWAN, N. (2007). Vida familiar e auto-estima. In GERALIS, E. *Crianças com Paralisia Cerebral* – guia para pais e educadores. Coleção Necessidades Especiais (2ª ed). Porto Alegre: Artmed Editora S.A., pp. 100-125

CRESWELL, J. (1994). *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*. London: Sage Publications

CRUICKSHANK, M. (1976). *Cerebral Palsy: A Developmental Disability*. New York: Syracuse University Press

DEGANI, G., FOLTZ, L. and LEWIS, D. (2007). In GERALIS, E. *Crianças com Paralisia Cerebral* – guia para pais e educadores. Coleção Necessidades Especiais (2ª ed). Porto Alegre: Artmed Editora S.A., pp. 150-182

DENZIN, N. (1984). The case study method: a case study, In: GLAZIER, J. & POWELL, R. *Qualitative research in information management*. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 238, pp.37-50

FIDEL, R. (1992). The case study method: a case study, In: GLAZIER, J. & POWELL, R. *Qualitative research in information management*. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 238 pp.37-50.

FINNIE, N. (2000). *O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral* (3ªed). São Paulo: Editora Manole Ltd

GERSH, E. (2007) O que é a paralisia cerebral?, In GERALIS, E. *Crianças com Paralisia Cerebral – guia para pais e educadores*. Coleção Necessidades Especiais (2ª ed). Porto Alegre: Artmed Editora S.A., pp. 15-34

GERSH, E. (2007) Problemas clínicos e tratamentos, In GERALIS, E. *Crianças com Paralisia Cerebral – guia para pais e educadores*. Coleção Necessidades Especiais (2ª ed). Porto Alegre: Artmed Editora S.A., pp. 50-71

GOMEZ, G., FLORES, J. and JIMÈNEZ, E. (1996). *Metodologia de la Investigacion Cualitativa*. Malaga: Ediciones Aljibe, pp. 378

GUBA, E. and LINCOLN, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research In DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna (Ed) (1994) *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications, pp. 105-117

HAMEL, J., DUFOUR, S. and FORTIN, D. (1993). *Case Study Methods*. London: Sage publications

JARRETT, M. (2007). Intervenção precoce e educação especial. In GERALIS, E. *Crianças com Paralisia Cerebral – guia para pais e educadores*. Coleção Necessidades Especiais (2ª ed). Porto Alegre: Artmed Editora S.A., pp. 183-205

LESSARD-HÉBERT, M., GOYETTE, G. and BOUTIN, G. (1994). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*, Lisboa: Instituto Piaget

LEVITT, S. (2001). *O Tratamento da Paralisia Cerebral e do Retardo Motor* (1ª ed.). São Paulo: Manole

LIMA, C., and FONSECA, L. (2004). *Paralisia Cerebral: Neurologia, Ortopedia, Reabilitação* (1ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

LINCOLN, Y. (1990). *The making of a construtivist*. In Egon Guba. *The Paradigm Dialog*. London: Sage Publications, pp. 67-87

MARTIN, S. (2006). *Teaching Motor Skills to Children with Cerebral Palsy and Similar Movement Disorders – A Guide for parents and Professionals* (1ª ed.). Bethesda: Woodbine House.

MERRIAM, S. (1998). *Qualitative Research and Case Studies Applications in Education: Revised and Expanded from Case Study Research in Education*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers

MERTENS, D. (1998). *Research Methods in Education and Psychology: Integrating Diversity with Quantitative & Qualitative Approaches*. London: Sage Publications

MILLER, F. (2005). *Cerebral Palsy* (1ªed.): Heidelberg: Springer

MORRISSY, R. and WEINSTEIN, S. (2005). *Pediatric Orthopaedics*: Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins

PONTE, J. (1994). *O estudo de caso na investigação em educação matemática*. Disponível em [http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Ponte\(Quadrante-Estudo%20caso\).pdf](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Ponte(Quadrante-Estudo%20caso).pdf) , acedido a 2/09/10

PUNCH, K. (1998). *Introduction to Social Research: Quantitative & Qualitative Approaches*. London: Sage Publications

SCHOFIELD, J. (1993). Increasing the generalizability of qualitative research. In HAMMERSLEY, Martin (Ed) *Educational Research: Current Issues*. London: The Open University Press, pp. 91-114

SCPE, collaborative group (2000). Surveillance of Cerebral Palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Child Neurology and Development*, 42. Bethesda: PubMed, pp. 816-824.

STANLEY, F., Blair, E. and Alberman, E. (2000). Cerebral Palsies: epidemiology and causal pathways clinics. In *Developmental Medicine*, nº51. Mackeith Press with Oxford. Blackwell Scientific Publications Ltd. New York: Cambridge University Press

STAKE, R. (1994), *Case Studies*, In Denzin, N.K.,: Lincoln, V.S. (edt), *Handbook of Qualitative Research*. (pp 236-247). London: Sage Publications

STAKE, R. (1995). *The Art of Case Study Research*. London: Sage Publications

TACHDJIAN'S (2002). *Pediatric Orthopaedics*: Philadelphia: Saunders Company

VIEIRA, C. (1999). A credibilidade da investigação científica de natureza qualitativa: questões relativas á sua fidelidade e credibilidade, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXXIII, 2, pp. 89-111. Coimbra: Imprensa da UC

YIN, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods* (2ª Ed) London: Sage Publications

ANEXO 1

Escala de Desenvolvimento Portage

Lista de Registo Portage

DESENVOLVIMENTO MOTOR: 0-1 (1-45); 1-2 (46-63); 2-3 (64-79); 3-4 (80-95);
4-5 (96-11); 5-6 (112-140)

Ficha	Comportamento	Início	Aquisição	Comentários
1	Tenta alcançar um objecto colocado a 15 ou 22 cm à sua frente	NÃO		
2	Apanha um objecto suspenso a 8 cm à sua frente	NÃO		
3	Alcança um objecto que está diante dele e agarra-o	NÃO		
4	Alcança um objecto preferido	NÃO		
5	Leva um objecto à boca	NÃO		
6	Ergue a cabeça e o peito apoiando-se nos braços, quando deitado de barriga para baixo	SIM	Desde as consultas de Fisiatria	No apoio dos braços, tem que ser com a ajuda de alguém
7	Mantém a cabeça e o peito erectos apoiado sobre um braço	NÃO		
8	Explora objectos com a boca	NÃO		
9	Deitado de barriga para baixo, volta-se de lado, mantendo a posição 50% das vezes	NÃO		
10	Quando deitado de barriga para baixo volta-se ficando deitado de costas	NÃO		
11	Move-se para a frente numa distância igual ao comprimento do seu corpo, quando deitado de barriga para baixo	NÃO		

12	Deitado de costas, rola para o lado	SIM	Desde as consultas de Fisiatria	
13	Deitado de costas, volta-se sobre a barriga	NÃO		
14	Faz força para se sentar quando agarra os dedos dos adultos	NÃO		
15	Vira a cabeça livremente quando o corpo está apoiado	SIM	Desde que nasceu	
16	Mantém-se sentado durante dois minutos	SIM	Desde as consultas de Fisiatria	
17	Larga deliberadamente um objecto para alcançar outro	NÃO		
18	Apanha e deixa cair objectos propositadamente	NÃO		
19	Mantém-se de pé com o máximo de apoio	NÃO		
20	Na posição de pé, saltita para baixo e para cima quando está amparada	NÃO		
21	Gatinha numa distância igual ao comprimento do seu corpo para obter um objecto	NÃO		
22	Mantém-se sentado apoiando-se nas mãos	SIM	Desde as consultas de Fisiatria	

Lista de Registo Portage

DESENVOLVIMENTO MOTOR (contin.): 0-1 (1-45); 1-2 (46-63); 2-3 (64-79);
3-4 (80-95); 4-5 (96-11); 5-6 (112-140)

Ficha	Comportamento	Início	Aquisição	Comentários
23	Muda da posição sentado para a posição de gatinhar apoiado nas mãos e nos joelhos	NÃO		
24	Move-se da posição de deitado de barriga para baixo para a posição de sentado	NÃO		
25	Senta-se sem se apoiar nas mãos	NÃO		
26	Atira objectos ao acaso	NÃO		
27	Balança-se para a frente e para trás na posição de gatinhar	NÃO		
28	Passa um objecto de uma mão para a outra quando está sentado	NÃO		
29	Segura, numa só mão, dois cubos pequenos (2,5cm)	NÃO		
30	Põe-se de joelhos sozinho	NÃO		
31	Põe-se de pé apoiando-se em alguma coisa	NÃO		
32	Usa o polegar e o indicador como pinça para agarrar um objecto	NÃO		
33	Gatinha	NÃO		
34	Levanta uma mão para agarrar um objecto quando está na posição de gatinhar	NÃO		
35	Mantém-se de pé com o mínimo de apoio	NÃO		

36	Lambe a comida à volta da boca	NÃO		
37	Fica de pé sozinho durante 1 minuto	NÃO		
38	Despeja objectos de um recipiente	NÃO		
39	Vira as folhas de um livro, várias de cada vez	NÃO		
40	Apanha com uma colher ou pá	NÃO		
41	Coloca objectos pequenos dentro de um recipiente	NÃO		
42	Baixa-se sozinho da posição de pé para sentado	NÃO		
43	Bate palmas	NÃO		
44	Anda com um mínimo de ajuda	NÃO		
45	Dá alguns passos sem apoio	NÃO		

Lista de Registo Portage

SOCIALIZAÇÃO: 0-1 (1-28); 1-2 (29-43); 2-3 (44-51) ; 3-4 (52-63); 4-5 (64-72);
5-6 (73-83)

Ficha	Comportamento	Início	Aquisição	Comentários
1	Observa uma pessoa que se desloca dentro do seu campo de visão	NÃO		
2	Sorri em resposta à atenção do adulto	SIM		
3	Vocaliza em resposta à atenção de outra pessoa	SIM		Vocaliza pequenos gritos
4	Olha para as suas próprias mãos, sorri e vocaliza frequentemente	NÃO		
5	Reage quando está no círculo familiar sorrindo, vocalizando ou deixando de chorar	SIM		Quando a mãe está por perto ou um dos técnicos de terapia
6	Sorri em resposta às expressões faciais dos outros	NÃO		
7	Sorri e vocaliza ao ver a sua imagem no espelho	NÃO		
8	Dá palmadinhas na cara do adulto ou puxa-lhe os cabelos, o nariz, os óculos, etc.	NÃO		
9	Estende a mão para agarrar um objecto que lhe é oferecido	NÃO		
10	Estende os braços a pessoas desconhecidas	NÃO		
11	Estende a mão e bate levemente na sua imagem ao espelho	NÃO		
12	Agarra e observa um objecto que lhe é dado, pelo menos durante 1 minuto	NÃO		

13	Aperta ou sacode um objecto que se lhe põe na mão produzindo sons involuntariamente	NÃO		
14	Brinca sozinho, durante 10 minutos	NÃO		
15	Procura com frequência o contacto visual nos 2-3 minutos em que se está a cuidar dela	NÃO		
16	Brinca sozinho e contente, 15 a 20 minutos, próximo de um adulto que está ocupado	NÃO		
17	Vocaliza para chamar a atenção	SIM		Com pequenos gritos
18	Imita a brincadeira do “cucu”	NÃO		
19	Bate palminhas imitando o adulto	NÃO		
20	Diz adeus acenando com a mão, imitando o adulto	NÃO		
21	Faz o gesto de “tão grande”, imitando o adulto	NÃO		
22	Dá um brinquedo, um objecto ou um pedaço de comida ao adulto, mas nem sempre o larga	NÃO		
23	Abraça, faz festinhas e beija as pessoas conhecidas	NÃO		
24	Responde quando se chama pelo seu nome, olhando e estendendo os braços para que lhe peguem	NÃO		
25	Por imitação, aperta ou sacode um brinquedo para produzir um som	NÃO		
26	Manipula um brinquedo ou um objecto	NÃO		
27	Estende o boneco ou outro objecto ao adulto	NÃO		

28	Quando brinca imita os movimentos de outra criança	NÃO		
----	--	-----	--	--

Lista de Registo Portage

COGNIÇÃO: 0-1 (1-14); 1-2 (15-24); 2-3 (25-40); 3-4 (41-64); 4-5 (65-86); 5-6 (87-108)

Ficha	Comportamento	Início	Aquisição	Comentários
1	Tira da cara um pano que lhe impede a visão	NÃO		
2	Procura com os olhos um objecto que lhe foi retirado do seu campo de visão	NÃO		
3	Retira objectos metendo a mão num recipiente aberto	NÃO		
4	Coloca objectos num recipiente, por imitação	NÃO		
5	A pedido verbal, coloca objectos num recipiente	NÃO		
6	Sacode um brinquedo que está pendurado e produz som	NÃO		
7	Coloca três objectos dentro de um recipiente, esvaziando-o em seguida	NÃO		
8	Passa um objecto de uma mão para outra, a fim de agarrar um segundo objecto	NÃO		
9	Deixa cair e apanha brinquedos	NÃO		
10	Encontra um objecto escondido debaixo de um recipiente	NÃO		
11	Empurra três cubos alinhados de forma a imitar um comboio	NÃO		
12	Retira o círculo de uma prancha de encaixes (geométricos)	NÃO		
13	A pedido, insere uma cavilha redonda no tabuleiro perfurado	NÃO		

14	A pedido, imita gestos simples	NÃO		
----	--------------------------------	-----	--	--

Lista de Registo Portage

AUTONOMIA: 0-1 (1-13); 1-2 (14-25); 2-3 (26-52); 3-4 (53-66); 4-5 (67-89); 5-6 (90-104)

Ficha	Comportamento	Início	Aquisição	Comentários
1	Chupa e engole líquidos	SIM		
2	Come alimentos líquidos, por ex: papa de cereais	SIM		
3	Estende as mãos para o biberão	NÃO		
4	Come comida passada dada pelos pais	SIM		
5	Segura no biberão sozinha enquanto bebe	NÃO		
6	Manipula o biberão levando-o à boca ou afastando-o	NÃO		
7	Come comida esmagada dada pelos pais	SIM		
8	Bebe por uma caneca segura pelos pais	SIM		
9	Come alimentos semi-sólidos dados pelos pais	NÃO		
10	Come sozinho com as mãos	NÃO		
11	Bebe por um copo que segura com as duas mãos	NÃO		

12	Com ajuda leva uma colher cheia à boca	NÃO		
13	Quando o vestem, ajuda levantando os braços e a cabeça	NÃO		

Lista de Registo Portage

LINGUAGEM: Nível de idade 0 - 1

Ficha		Comportamento	Início	Aquisição	Comentários
EB 5	L1	Estimulação auditiva geral: cantar e falar ao bebé (actividades dos pais)	NÃO		
EB 6	L2	Estimulação auditiva geral: usando brinquedos sonoros (actividades dos pais)	NÃO		
EB 12	L3	Reage ao som movimentando o corpo ou olhando na direcção da fonte sonora	SIM		Mas não o faz com todas as fontes sonoras
EB 13	L4	Olha para a pessoa que fala ou que faz movimentos para atrair a atenção da criança	SIM		Mas não percebemos se ele está realmente a ver
EB 15	L5	Reage à voz do adulto parando de chorar ou movimentando o corpo	SIM		
EB 17	L6	Chora de modo diferente consoante aquilo que a incomoda	SIM		
S 2	L7	Sorri em resposta à atenção do adulto	SIM		
EB 23	L8	Segue um som virando a cabeça	NÃO		
EB 32	L9	Tenta localizar um som virando a cabeça na sua direcção	SIM		Mas não o faz com todas as fontes sonoras
EB 34	L10	Galreja quando está contente	SIM		Mas com, pequenos gritos
EB 38	L11	Repete os seus próprios sons (em resposta à voz do adulto)	NÃO		
EB 41	L12	Ri	SIM		

S 3	L13	Vocaliza em resposta à atenção de outra pessoa	SIM		Mas com pequenos gritos
S 4	L14	Olha para as próprias mãos, sorri e vocaliza frequentemente	NÃO		
	L15	Repete os próprios sons quando os outros os repetem	NÃO		
EB 42	L16	Mostra reconhecer membros da família sorrindo ou parando de chorar	SIM		
EB 45	L17	Balbucia (repetição de sílabas)	NÃO		
S 6	L18	Sorri em resposta a expressões faciais dos outros	NÃO		
S 7	L19	Sorri e vocaliza ao ver a sua imagem no espelho	NÃO		
S 8	L20	Dá palmadinhas na cara do adulto ou puxa-lhe os cabelos, o nariz, os óculos, etc	NÃO		
S 10	L21	Estende os braços a pessoas conhecidas	NÃO		
S 11	L22	Estende a mão e bate levemente na sua imagem ao espelho	NÃO		

Lista de Registo Portage

LINGUAGEM (contin.): Nível de idade 0 - 1

Ficha		Comportamento	Início	Aquisição	Comentários
S 13	L23	Aperta ou sacode um objecto que se lhe põe na mão produzindo sons involuntariamente	NÃO		
S 15	L24	Procura com frequência o contacto visual nos 2 ou 3 minutos em que se está a cuidar dele	NÃO		
S 17	L25	Vocaliza para chamar atenção	SIM		Mas com pequenos gritos
	L26	Repete a mesma sílaba 2 ou 3 vezes (ex: ma, ma, ma), por imitação	NÃO		
S 18	L27	Imita a brincadeira do “cu-cu”	NÃO		
S 19	L28	Bate palminhas imitando o adulto	NÃO		
S 20	L29	Diz adeus acenando com a mão, imitando o adulto	NÃO		
	L30	Responde a gestos fazendo gestos	NÃO		
	L31	Faz 4 ou mais sons diferentes	SIM		
	L32	Reage à música vocalizando	SIM		Mas com pequenos gritos
	L33	Segue uma conversa olhando para as pessoas que falam	NÃO		

S 23	L34	Abraça, faz festinhas e beija as pessoas conhecidas	NÃO		
	L35	Executa uma ordem simples quando acompanhada de gestos	NÃO		
	L36	Quando se diz “não” interrompe momentaneamente a actividade que está a fazer, 75% das vezes	NÃO		
	L37	Olha para um objecto familiar quando nomeado	NÃO		
S 24	L38	Responde quando se chama pelo seu nome, olhando e estendendo os braços para que lhe peguem	NÃO		
	L39	Responde a perguntas simples com uma resposta não oral	NÃO		
C 16	L40	Aponta para uma parte do corpo (ex: nariz)	NÃO		
	L41	Combina duas sílabas diferentes num jogo vocálico	NÃO		
	L42	Ri e grita quando brinca	SIM		Ri e vocaliza pequenos gritos quando brincamos com ele
	L43	Olha para uma imagem durante alguns segundos	NÃO		
S 25	L44	Por imitação apertada ou sacode um brinquedo para produzir um som	NÃO		
	L45	Imita os padrões de entoação dos outros	NÃO		
	L46	Emprega uma só palavra com significado para nomear objectos ou pessoas	NÃO		
	L47	Vocaliza em resposta a outra pessoa que fala	NÃO		

ANEXO 2

Escala de Desenvolvimento Portage – actividades de estimulação

Lista de Registo Portage

COMO ESTIMULAR

Ficha	Comportamento	Início	Aquisição	Comentários
1	Estimulação visual geral: menos de 6 semanas (actividades dos pais)	_____		
2	Estimulação visual geral: 6 ou mais semanas (actividades dos pais)	_____		
3	Estimulação táctil geral: menos de 6 semanas (actividades dos pais)	_____		
4	Estimulação táctil geral: 6 ou mais semanas (actividades dos pais)	_____		
5	Estimulação auditiva geral: cantar e falar ao bebé (actividades dos pais)	SIM	Desde a nossa intervenção terapêutica	Inicialmente a mãe sentia-se muito envergonhada por fazê-lo
6	Estimulação auditiva geral: usando brinquedos sonoros (actividades dos pais)	SIM	Desde a nossa intervenção terapêutica	Mas nem sempre o António reagia aos sons
7	Sucção	SIM	Desde que nasceu	
8	Move a cabeça para o lado, quando deitado de barriga para cima	SIM	Desde que nasceu	
9	Abre a boca quando a tetina ou o peito da mãe tocam nos seus lábios	_____		

10	Mostra sensibilidade no contacto com o corpo, tranquilizando-se, chorando ou movendo-se	SIM		Hipersensibilidad e
11	Volta a cabeça para o biberão ou peito quando lhe tocam na bochecha	_____		
12	Reage ao som movimentando o corpo ou olhando na sua direcção	SIM		
13	Olha para a pessoa que fala ou que faz movimentos tentando atrair a sua atenção	NÃO		
14	Tranquiliza-se ou altera os movimentos do corpo em resposta à presença de uma pessoa	SIM		
15	Reage à voz do adulto parando de chorar ou movimentando o corpo	SIM		
16	Levanta e mantém a cabeça erguida momentaneamente quando está ao colo apoiado no ombro	_____		
17	Chora de modo diferente consoante aquilo que o incomoda	SIM		
18	Adormece às horas habituais	NÃO		Mesmo com a grelha das horas, nem sempre foi cumprido
19	Movimenta os braços sem direcção precisa	SIM		
20	Segue com os olhos um objecto que se move para além da linha média do seu corpo	NÃO		
21	Sorri	SIM		
22	Segue uma luz com os olhos movendo a cabeça	NÃO		
23	Segue um som virando a cabeça	NÃO		
24	Observa as próprias mãos	NÃO		
25	Dá aos pés vigorosamente quando deitado de barriga	NÃO		

	para cima			
26	Abre a boca e começa a chuchar antes do biberão ou peito tocarem na sua boca	_____		
27	Mantém contacto visual durante 3 segundos	SIM		Mas não percebemos se está mesmo a ver
28	Quando deitado de barriga para baixo, move a cabeça para cima, para baixo e para os lados	SIM		
29	Bate com as mãos nos objectos	NÃO		
30	Quando deitado de barriga para baixo, sustém a cabeça durante 5 seg.	SIM		
31	Segue um objecto com os olhos num ângulo de 180 °	NÃO		
32	Tenta localizar um som, virando a cabeça na sua direcção	SIM		Mas não o faz com todas as fontes sonoras
33	Controla a cabeça e os ombros quando sentado, apoiado numa almofada	SIM		
34	Galreja quando está contente	SIM		Pequenos gritos
35	Estende a mão para os objectos e procura agarrá-los	NÃO		
36	Mantém a cabeça erguida quando o seguram em posição vertical	SIM		
37	Segura um objecto com a palma da mão, durante 30 segundos, largando-o involuntariamente	NÃO		
38	Repete os seus próprios sons (em resposta à voz do adulto)	NÃO		
39	Mantém a cabeça e o peito erguidos quando deitado de barriga para baixo e apoiado nos antebraços	SIM		Mas com ajuda posicionando os antebraços

40	Abre a boca quando vê uma colher cheia de comida	NÃO		
41	Ri	SIM		
42	Mostra reconhecer membros da família, sorrindo ou parando de chorar	SIM		
43	Tenta virar-se movimentando os ombros	SIM		Mas só o faz para os lados
44	Faz oposição do polegar relativamente aos outros 4 dedos	NÃO		
45	Balbucia (repetição de sílabas)	NÃO		

ANEXO 3

Grelha de horas com as funções

HORÁRIO

9 H	<u>Acordar e pequeno-almoço</u> : leite ou papa de farinha
10.30H	<u>Comer</u> : fruta
12 H	<u>Almoçar</u> : sopa (carne, peixe ou ovo)
15.30H/16H	<u>Lanchar</u> : papa de fruta (fruta com bolachas e iogurte)
	<u>Dormir</u>
	<u>Tomar Banho</u>
19.30H	<u>Jantar</u> : sopa (carne, peixe ou ovo)
21H	<u>Deitar</u>